

**Antwort des Arztes für besondere Arzneimittel
an die Krankenkasse**

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Verordnung von _____ **haltigen Arzneimitteln**

Bitte Wirkstoff angeben

behandelnder Arzt
Name

Anschrift

Arzt für besondere Arzneimitteltherapie
Name

Anschrift

Erstantrag

Positive Beurteilung

Negative Beurteilung

Datum

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Verbindliches Muster

Arztstempel / Unterschrift des Arztes