





Vorabprüfung: Verordnung für Arzneimittel außerhalb der Regelleistung (OLU)

Krankenkasse: Name, Vorname des Versicherten: Versicherten-Nr.: Name Verordner:					ge	eb. am:
BSNR:	ı	_ANR:		IK:		
Beabsichtigter Verordnungszeitraum von bis						
□ ambulant □	stationär	□ Erstverordnung	□ F	olgevero	dnung	
/irkstoff Dosierung						
Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10, ggf. Organmanifestation), Diagnosesicherung vitale Indikation Spezielle ambulante Palliativversorgung (SAPV) Aktuelle Medikation / Komedikation zum beantragten Wirkstoff						
Aktueller Gesundheitsz □ guter AZ □ leich □ Ergänzungen:	_	einzustand (AZ) □ reduzierter AZ	□ stark	reduzierter A	Z 🗆	Kachexie - BMI: ,
Schwere/Verlauf der Er Regelmäßig tödlich oder Die Lebensqualität nacht Therapieoptionen ausges	naltig beeinträcht	igend		Ja Ja Ja	□ Nein □ Nein □ Nein	□ Unbekannt

Welche Therapieoptionen wurden bereits mit welchem Erfolg durchgeführt? Warum kommen diese nicht in Frage?

Die Datenlage zur sicheren und wirksamen Anwendung in der avisierten Indikation ist gesichert: Level 1: Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Überblicksarbeiten über zahlreiche randomisiert-kontrollierte Studien. □ Unbekannt □ Ja □ Nein Level 2: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten, kontrollierten Studie. □ Nein □ Unbekannt Level 3: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus Einzelstudien. □ Ja □ Nein □ Unbekannt Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus klinischen Berichten. □ Ja □ Nein □ Unbekannt Stellt die Meinung respektierter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Experten-Komitees. □ Ja □ Nein □ Unbekannt Sonstiges:

Datum Arzt- / Einrichtungsstempel, Unterschrift des behandelnden Arztes (nur bei Postversand)

Hinweis:

Anlagen: □ Ja

□ Nein

Diese Vorabprüfung ist auf die Frage der Zulässigkeit der beabsichtigten Verordnung außerhalb des Regelfalles (OLU) beschränkt. Weitergehende Verordnungsvoraussetzungen sind nicht Gegenstand dieser Prüfung.