

Antragsformular

Antragsteller
Datum

Gesuch für eine BAG-Ausnahmebewilligung zur Verschreibung von verbotenen Betäubungsmitteln (Wirkungstyp Cannabis) für die beschränkte medizinische Anwendung¹

Sehr geehrte Damen und Herren

Für die nachfolgend genannte Person beantrage ich eine Ausnahmebewilligung für den Wirkstoff THC. Ich bestätige, die volle Verantwortung für alle Folgen der Verschreibung zu übernehmen.

Angaben zum Patient / zur Patientin

Name, Vorname	Geburtsdatum
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse	

Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin für eine Behandlung mit einem Cannabis Präparat

Name, Vorname	Hiermit bestätige ich, - dass ein Aufklärungsgespräch mit der Ärztin, mit dem Arzt stattfand - dass mir ausreichend Gelegenheit gegeben wurde beim Aufklärungsgespräch Fragen über die Behandlung zu stellen - dass ich über die Finanzierung informiert wurde und - dass ich mit der Behandlung mit einem Cannabis Präparat einverstanden bin
Datum	Unterschrift

Diagnose, Angaben über den bisherigen Verlauf der Behandlung dieser spezifischen Krankheit eingesetzten Medikamente und Begründung für die Behandlung mit einem Cannabis Präparat

Diagnose
Bisherige Therapie (spezielle Medikation), Therapieverlauf

¹ entspricht den Anforderungen des BAG, wie sie am 26.10.2017 auf der Homepage veröffentlicht wurden.

Begründung für die Behandlung mit einem Cannabis Präparat

Medikationsbeschreibung

Präparat	Wirkstoff
<input type="checkbox"/> Sativaöl 1%	THC 1%, CBD 0.3%
<input type="checkbox"/> Dronabinol 2.5%	synth. THC 2.5%
<input type="checkbox"/> Cannabistinktur	THC 1.1%, CBD 2.2%
<input type="checkbox"/> Cannabisöl	THC 1.1%, CBD 2.1%
<input type="checkbox"/> Sativex	THC 2.7%, CBD 2.5%
<input type="checkbox"/> andere	

Dosierung:	Behandlungsdauer: <input type="checkbox"/> Initial 6 Monate, anschliessend ist der Therapieerfolg zu überprüfen.
------------	---

Bezugsquelle (Apotheke) Übernahme der Behandlungskosten

Herstellung bzw. Lieferung des Präparates durch folgende Apotheke:

Name:

Ort:

Die Kosten werden von der Krankenkasse des Patienten/der Patientin übernommen

ja nein in Abklärung

Bestätigung Arzt:

Stempel	Hiermit bestätige ich, - dass alle Angaben korrekt erfasst wurden - dass ich alle 6 Monate einen Zwischenbericht über den Stand der Behandlung erstellen werde sowie einen Schlussbericht verfasse und diese Berichte dem BAG zustellen werde.
Datum	Unterschrift

Adresse für die Einreichung der Ausnahmegewilligung (nicht per Mail)

Vertraulich
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten
CH-3003 Bern
Mail: betmg@bag.admin.ch
Telefon: +41 58 465 37 82