

GESUCH FÜR EINE BAG-AUSNAHMEBEWILLIGUNG FÜR DIE BESCHRÄNKTE MEDIZINISCHE ANWENDUNG VON VERBOTENEN BETÄUBUNGSMITTELN (WIRKUNGSTYP CANNABIS)

Antragstellende Person (Ärztin / Arzt)

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Strasse/Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>		

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit beantrage ich für nachstehende Patientin / nachstehenden Patienten eine Ausnahmerebewilligung für den Wirkstoff Δ -9-Tetrahydrocannabinol (THC).

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Geschlecht: weiblich männlich divers

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Strasse/Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		

Medizinische Informationen

Diagnose:

Indikation für die Behandlung:

Begründung für die Behandlung mit einem Cannabispräparat (Krankengeschichte, vorhergehende Therapien, klinischer Verlauf):

(dieser Abschnitt kann allenfalls mit einem Ausdruck des Krankenberichts ergänzt werden)

Medikationsbeschreibung

Magistralrezepturpräparat:

Wirkstoff THC [%]:

Wirkstoff CBD [%]:

Dosierung:

Behandlungsdauer: Initial 6 Monate, anschliessend ist der Therapieerfolg zu überprüfen.

Bezugsquelle

Herstellung bzw. Lieferung des Präparates durch folgende Apotheke:

Name: Telefon:

Ansprechperson: E-Mail:

Strasse/Nr.: Fax:

PLZ/Ort:

Finanzierung

Werden die Kosten von der Krankenkasse der Patientin / des Patienten übernommen?

Ja Nein In Abklärung Name der Krankenkasse:

Bestätigung der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes

Hiermit bestätige ich:

- Alle Angaben korrekt erfasst zu haben
- Alle 6 Monate einen kurzen Zwischenbericht über den Stand der Behandlung und bei Abschluss der Behandlung einen Schlussbericht zuhanden des BAG zu erstellen
- Die beantragte Therapie des Patienten im Rahmen der Konsultationen regelmässig zu überprüfen

Ort/Datum:

Unterschrift:

Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten

Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Behandlung mit einem Cannabispräparat einverstanden bin und über die Finanzierung informiert wurde.

Name:

Vorname:

Ort/Datum:

Unterschrift:

Informationen für Ärztinnen und Ärzte

- Die Gesuche sind mit Maschine geschrieben und unterzeichnet an folgende Adresse zu richten:
Vertraulich
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Telefon: +41 58 465 37 82
Mail: betmg@bag.admin.ch
- Es können nur von der behandelnden Ärztin oder vom behandelnden Arzt **eigenhändig unterschriebene** Gesuche geprüft werden. Gesuche mit einer elektronischen Unterschrift, einer Faksimileunterschrift oder Gesuche per E-Mail werden nicht akzeptiert. Direkt von den Patientinnen und Patienten eingereichte Gesuche sind nicht zulässig.
- Gesuche müssen **vollständig** sein und den **Sachverhalt ausführlich** wiedergeben. **Das BAG kann** jederzeit **ergänzende Angaben und Unterlagen** zur Klärung verlangen.
- **Das BAG kontrolliert** die Inhaberinnen und Inhaber von Ausnahmegewilligungen. Die Kontrolle umfasst insbesondere die Prüfung von Zwischen- und Schlussberichten. Bei Bedarf kann eine Kontrolle vor Ort bei der verschreibenden Ärztin oder beim verschreibenden Arzt durchgeführt werden.
- Ausnahmegewilligungen werden nur **zur Berufsausübung in der Schweiz berechtigten** Ärztinnen und Ärzten für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schweizer Wohnsitz ausgestellt.

Verlängerungen von Bewilligungen

Verlängerungsgesuche müssen spätestens zwei Wochen vor Ablauf der Bewilligung mit einem kurzen Zwischenbericht über den Verlauf der Behandlung eingereicht werden.

Abbruch der Behandlung

Der Abbruch der Behandlung ist mit einer kurzen Begründung des Abbruchs zu melden.