

# Arztbesuchsbogen

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf/Arbeitgeber:
Geburtsdatum:	Gewicht:
Krankenkasse:	
Straße:	Hausnummer:
Postleitzahl:	Ort:
Hausarzt:	Kontakt durch:

## Gesundheitsbezogene Angaben

Handschriftlich ausgefüllt

### Vorerkrankungen:

1. Bluthochdruck: \_\_\_\_\_
2. Zuckerkrankheit (Diabetes) : \_\_\_\_\_
3. Fettstoffwechselerkrankung (Cholesterin) : \_\_\_\_\_
4. Herzkrankheit: \_\_\_\_\_
5. Asthma: \_\_\_\_\_
6. Tumorerkrankung: \_\_\_\_\_

## Andere Erkrankungen:

1. Allergie: \_\_\_\_\_
2. Anfallsleiden (Epilepsie, Spastiken): \_\_\_\_\_
3. Atemwegserkrankungen: \_\_\_\_\_
4. Blutgerinnungsstörung: \_\_\_\_\_ -
5. Diabetes (Typ): \_\_\_\_\_
6. Glaukom (erhöhter Augeninnendruck): \_\_\_\_\_
7. Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe):  
\_\_\_\_\_
8. Herz-Kreislauf-Erkrankung:
  - a. Herzinsuffizienz: \_\_\_\_\_
  - b. Koronare Herzkrankheit / Angina pectoris: \_\_\_\_\_
  - c. Herzinfarkt: \_\_\_\_\_
  - d. Herzrhythmusstörungen: \_\_\_\_\_
  - e. Herzschrittmacher: \_\_\_\_\_
  - f. Herzklappenfehler/-Ersatz: \_\_\_\_\_
  - g. Hypertonie (Bluthochdruck): \_\_\_\_\_
  - h. Mangel durchblutung des ZNS/Apoplex: \_\_\_\_\_
9. Infektionskrankheiten
  - a. Hepatitis: \_\_\_\_\_
  - b. AIDS: \_\_\_\_\_
  - c. COVID-19: \_\_\_\_\_
10. Lebererkrankungen: \_\_\_\_\_
11. Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_
12. Nierenerkrankungen: \_\_\_\_\_

13. Osteoporose: \_\_\_\_\_

14. Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_

15. Tumorerkrankungen: \_\_\_\_\_

### Größere Operationen:

---

---

---

### Sonstiges:

1. Allergien: \_\_\_\_\_

2. Beschwerden:

---

3. Unverträglichkeiten gegen Medikamente:

---

4. Rauchen: ja nein wieviel pro Tag: \_\_\_\_\_

5. Alkohol ja nein wieviel pro Tag: \_\_\_\_\_

### Augenblickliche Beschwerden:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

### Ich nehme zurzeit folgende Medikamente:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

### Krankheiten in der Familie:

- Bluthochdruck: x\_\_\_\_\_
- Zuckerkrankheit (Diabetes): \_\_\_\_\_
- Fettstoffwechselerkrankung (Cholesterin): \_\_\_\_\_
- Herzkrankheit: \_\_\_\_\_
- Asthma: \_\_\_\_\_
- Tumorerkrankung: \_\_\_\_\_

### Meine Erkrankung ist schwerwiegend: (ja/nein)

- Besonders schwerwiegender Verlauf / Symptomatik: \_\_\_\_\_
- Beeinträchtigungen: \_\_\_\_\_
- Komorbidität (Begleiterkrankungen): \_\_\_\_\_
- Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_
- Pflegestufe: \_\_\_\_\_
- Vorliegen einer Bescheinigung als schwerwiegend chronisch Erkrankter:  
\_\_\_\_\_
- Beeinträchtigung der Lebensqualität auf Dauer und nachhaltig falls ohne  
Behandlung?  
\_\_\_\_\_

## Fragen an den Arzt / die Ärztin:

### 1. Einleitung - Gesuch nach cannabinoider Behandlung:

Es besteht ein großer Bedarf einer Versorgung mit Cannabis, da die Behandlung durch Cannabinoide im Zusammenhang mit dem Endocannabinoidsystem meine Gesamtsymptomatik in begründet positiver Voraussicht und spätestens nach der Eingewöhnungsphase sogar nebenwirkungsfrei verbessern kann. Die Behandlung mit Cannabinoiden ist nicht vergleichbar mit der Behandlung mit anderen Medikamenten, wodurch keine anerkannte Medikation vergleichbare Therapieerfolge in Aussicht geben kann. Die Verträglichkeit der Cannabinoide soll durch ein vom Arzt begleitetes Titrier-Verfahren bis zur optimalen Maximalmenge sichergestellt werden. Um alle Voraussetzungen für eine optimale Therapie zu erhalten, wird um die dauerhafte Verordnung von Cannabisblüten gebeten, weil alle Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse gegeben sind: schwerwiegende Krankheit mit schweren Symptomen, welche zu unzumutbaren Beeinträchtigungen und Lebensqualität führt.

### 2. Symptome: (bitte ankreuzen und ergänzen)

- a) Chronische Schmerzen
- b) Suchtverhalten
- c) Erhebliche Begleitbeschwerden: innere Unruhe, Schlaflosigkeit, Appetitstörung, Stressempfinden
- d) Innere Entzündungen
- e) \_\_\_\_\_
- f) \_\_\_\_\_
- g) \_\_\_\_\_
- h) \_\_\_\_\_

### 3. Grund des Arztbesuches ist dringendes Bedürfnis nach angemessener Behandlung zu folgenden Behandlungszielen:

- a) Linderung von Krankheitsbeschwerden
- b) Verhütung der Verschlimmerung

### 4. Warum ist die Krankheit schwerwiegend, also warum besteht der Anspruch auf Cannabis als Medizin?

- a) Krankheit ist lebensbedrohlich (begründen)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- b) Krankheit beeinträchtigt die Lebensqualität nachhaltig auf Dauer
  - Chronische Schmerzen und Begleitbeschwerden, Auswirkungen wie
    - 1. innerer Unruhe,
    - 2. Appetitstörungen,

- 3. Schlafstörungen,
- 4. erhöhtes Stressempfinden

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

5. **Es sind positive Aussichten auf den Krankheitsverlauf des Patienten zu erwarten**
- a) Begründung: Vielseitige Unterstützung des Endocannabinoidsystems (ECS) durch phyto-cannabinoide Behandlung kann den Krankheitsverlauf entscheidend verbessern, da durch das ECS relevante Körperfunktionen reguliert werden, eine Verschlimmerung bei entsprechender Anwendung vermeiden kann und sogar mit Verbesserung der Gesamtsymptomatik zu rechnen ist.
  - b) Änderung des Suchtverhaltens durch Ersatz/Substitution durch Verdampfer
  - c) Weitgehende Verminderung oder Aufhebung relevanter Krankheitssymptome
  - d) Weitgehende Aufhebung der negativ beeinträchtigten Lebensqualität durch voraussichtlich positive Auswirkung auf den Alltag

6. **Warum Cannabis und warum steht keine entsprechende alternative Leistung zu Verfügung?**

- a) Erfolgreiche Behandlung mit anderen Methoden
  - Unverträglichkeit und Unwirksamkeit anderer Medikamente
  - 1. \_\_\_\_\_
  - 2. \_\_\_\_\_
  - 3. \_\_\_\_\_
  - 4. \_\_\_\_\_
  - Nebenwirkungen anderer Medikamente auf die Gesundheit des Patienten: Siehe Packungsbeilagen!
- b) Kontraindikationen zur cannabinoiden Therapie: keine bekannt ( )  
*(ankreuzen!)*
- c) Behandlung mit Phytocannabinoiden NUR durch Cannabisblüten oder Vollspektrum-Extrakten möglich ( ) *(ankreuzen!)*

7. **Die monatlich erwünschte (Anfangs-)Menge:**

\_\_\_\_\_

8. **Für die geeignete inhalative Anwendung wird die Verordnung beantragt für**
- a) VOLCANO MEDIC - PZN: 12955483 - PPN: 111295548322
  - b) MIGHTY MEDIC - PZN: 12955514 - PPN: 111295551469
9. **Hinweis:** Die Bereitschaft zur anonymisierten Teilnahme im Rahmen der nicht-interventionellen Begleiterhebung ist gegeben.

Ich hoffe um Ihr Verständnis und bitte um Ihre Hilfe.

Hochachtungsvoll, NAME

**Anlage:**

- Literaturnachweis 1
- Literaturnachweis 2
- Literaturnachweis 3