

Patientenanamnese für eine Cannabinoidtherapie

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

Gesundheitsbezogene Angaben

Beschwerdebild, Indikationen und Diagnosen:

1. Chronisches Schmerzsymptom: _____
2. Chronisch unbeeinflussbare Schmerzen: _____
3. Tumorschmerz: _____
4. Cluster-Kopfschmerzen: _____
5. Spastik: _____
6. Übelkeit und Erbrechen: _____

Andere Beschwerdebilder, Indikationen und Diagnosen:

1. Allergien: _____
2. Anfallsleiden (Epilepsie, Spastiken, Parese): _____
3. Atemwegserkrankungen: _____
4. Psychiatrische Erkrankungen: _____
5. Glaukom: _____
6. Neurologische Erkrankungen:

7. 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: _____
8. Infektionskrankheiten
 - a. Hepatitis: _____
 - b. AIDS: _____
 - c. COVID-19: _____
9. Suchterkrankung: _____
10. Magen-Darm-Erkrankungen: _____
11. Organerkrankungen:

12. Entwicklungsstörungen: _____

13. Hautkrankheiten: _____

14. Appetitlosigkeit: _____

Größere Operationen:

Sonstiges:

1. Beschwerden:

2. Unverträglichkeiten gegen Medikamente:

3. Rauchen: ja nein wieviel pro Tag: _____

4. Alkohol ja nein wieviel pro Tag: _____

Chronische Beschwerden:

1. _____

2. _____

3. _____

Ich nehme derzeit folgende Medikamente:

1. _____

2. _____

3. _____

Krankheiten in der Familie:

- Bluthochdruck: _____
- Zuckerkrankheit (Diabetes): _____
- Fettstoffwechselerkrankung (Cholesterin): _____
- Herzkrankheit: _____
- Asthma: _____
- Tumorerkrankung: _____

Meine Erkrankung ist schwerwiegend:

- Besonders schwerwiegender Verlauf / Symptomatik: _____
- Beeinträchtigungen: _____
- Auswirkungen auf den Alltag: _____
- Komorbidität (Begleiterkrankungen): _____
- Grad der Behinderung: _____
- Pflegestufe: _____
- Vorliegen einer Bescheinigung als schwerwiegend chronisch Erkrankter:

- Beeinträchtigung der Lebensqualität auf Dauer und nachhaltig ohne
Therapiebehandlung?

Informationen an den Arzt / die Ärztin:

1. Einleitung - Gesuch nach cannabinoider Behandlung:

Wie ersichtlich ist, kann ein großer Bedarf einer Versorgung mit Cannabis bestehen, da die Behandlung durch Cannabinoide im meine Gesamtsymptomatik mit positiver Voraussicht und gewisser Wahrscheinlichkeit verbessern kann.

Die Behandlung mit Cannabinoiden ist nicht vergleichbar mit der Behandlung durch anderen Medikamenten zumal andere Medikamente entweder Unwirksamkeit oder fehlerhafte und nebenwirkungsreiche Ergebnisse herbeiführen kann. Die Verträglichkeit der Cannabinoide soll durch das vom Arzt begleitete Titrier-Verfahren bis zur optimalen Maximalmenge sichergestellt werden. Somit wird die Verträglichkeit angetestet, um somit zum optimalen Therapieergebnis zu kommen.

Um alle Voraussetzungen für eine optimale Therapie zu erhalten, wird um die Verordnung von Cannabisblüten gebeten, weil alle Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse bestehen: es liegt eine schwerwiegende Krankheit mit schweren Symptomen und infauster Prognose vor. Herkömmliche Medikamente führen nach Erfahrung zu unzumutbaren Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Mit Cannabinoiden kann mit positiver Voraussicht behandelt werden, weshalb ich um Verständnis bitte, dass ich es in Ihrer Begleitung in Erfahrung bringen möchte, da die Hoffnung groß ist.

2. Symptome: (bitte ankreuzen und ergänzen)

- Chronische Schmerzen
- Suchtverhalten
- Erhebliche Begleitbeschwerden: innere Unruhe, Schlaflosigkeit, Appetitstörung, Stressempfinden
Innere Entzündungen

- _____
- _____
- _____
- _____

3. Der Grund des Arztbesuches ist dringendes Bedürfnis nach angemessener Behandlung zu folgenden Behandlungszielen, nach §27 Abs. 1 Satz 1 SGB V:

Linderung von Krankheitsbeschwerden

Heilung der Krankheit

Verhütung der Verschlimmerung

4. Warum ist die Krankheit schwerwiegend, also warum besteht der Anspruch auf Kostenübernahme der Krankenkasse für Medizinalcannabis?

- a) Die Krankheit ist lebensbedrohlich, da die Funktion im Körper insoweit beeinträchtigt ist, dass der Patient auf eine ärztliche Therapie mit passender Medikation angewiesen ist, um Verschlimmerungen zu vermeiden und die Krankheitssymptome heilend zu behandeln (begründen)

- _____
- _____
- _____
- _____

- b) Krankheit beeinträchtigt die Lebensqualität nachhaltig auf Dauer
 - **Auflistung der Krankheit, Begleitbeschwerden und Auswirkungen auf das Leben**
(*Beispiel: Chronische Schmerzen; Regelmäßiger Stechschmerz; innere Unruhe, Appetitstörungen, Schlafstörungen, erhöhtes Stressempfinden; Konzentrationsschwierigkeiten im Alltag & Beruf*)
 - _____
 - _____
 - _____

5. Es sind positive Aussichten auf den Krankheitsverlauf des Patienten zu erwarten

(Mehrfachauswahl: bitte ankreuzen), **Begründung:**

- a) Eine Medikamentöse Unterstützung des Endocannabinoidsystems (ECS) durch phyto-cannabinoide Behandlung kann den Krankheitsverlauf entscheidend verbessern, da durch das ECS relevante Körperfunktionen reguliert, ausgeglichen und unterstützt werden können, sodass eine Verschlimmerung vermieden werden kann und sogar mit Verbesserung der Gesamtsymptomatik zu rechnen ist. (*Studiennachweise werden beigelegt*)
- 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. _____
 5. _____
- Unzumutbare Nebenwirkungen anderer Medikamente auf die Gesundheit des Patienten: Siehe Packungsbeilagen!
- b) Kontraindikationen zur cannabinoiden Therapie:
keine bekannt
 - _____
 - _____

- c) Die Behandlung mit Cannabinoiden zum Ausgleich im Endo-Cannabinoidsystem ist NUR durch Cannabisblüten oder Vollspektrum-Extrakten möglich

7. Die monatlich benötigte (Ziel-Dosier-)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.
10. Ich bitte Sie um - falls fehlend: **Diagnose** - und entsprechende **Behandlung** auf cannabisbasierter Arznei.
11. Ich bitte ich um eine **ärztliche Stellungnahme** im Rahmen der Therapie-Prognose zur Vorlage bei der Krankenkasse.

Ich hoffe um Ihr Verständnis und bitte sehr um Ihre Hilfe.

Hochachtungsvoll, (Name)

Anlage:

- Literaturnachweise
- Arztbrief(e)
- Ärztliche Stellungnahmen
- Motivationsschreiben
- Medikamentenplan
- ...