

# 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  
erfolgreicher Therapiebehandlung durch Medikamentenwechsel?  
\_\_\_\_\_

## Informationen an den Arzt / die Ärztin:

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

Es kann ein großer Bedarf einer Versorgung mit Cannabis bestehen, da die Behandlung durch Cannabinoide die Gesamtsymptomatik der Krankheit mit positiver Voraussicht und gewisser Wahrscheinlichkeit verbessern kann. Die Behandlung mit Cannabinoiden kommt in Frage, da die Behandlung durch bisherige Medikamente zumal entweder Unwirksamkeit oder fehlerhafte und nebenwirkungsreiche Ergebnisse herbeiführt - besonders bemerkbar in der Dauertherapie.

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 weiterhin eine nachhaltige Therapie zu erhalten, wird dringend um Ihre Hilfe gebeten; Bitte unterstützen Sie mich zum Antrag auf Kostenübernahme, weil alle Voraussetzungen dazu vorliegen: (1.) es liegt eine schwerwiegende Krankheit mit schweren Symptomen vor, (2.) herkömmliche Medikamente führen nach Erfahrung zu unzumutbarer Beeinträchtigung der Lebensqualität und (3.) eine Cannabistherapie kann mit gewisser Wahrscheinlichkeit - siehe beigelegte Studien - positiv auf den Krankheitsverlauf einwirken, weshalb ich nochmals um Ihre Hilfe bitte, mich zu unterstützen, diese positive Aussicht auszutesten.

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

- Chronische Schmerzen
- Angststörungen
- 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 Substitution
- 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  
VOLCANO MEDIC - PZN: 12955483 - PPN: 111295548322  
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: **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: Studien
- Arztbrief(e) & Ärztliche Stellungnahmen
- Motivationsschreiben
- ...