

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?

- 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 2 - PZN: 15885501 - PPN: 111588550156
MIGHTY+ MEDIC - PZN: 16616803 - PPN: 111661680357
9. **Hinweis:** Die Bereitschaft zur anonymisierten Teilnahme im Rahmen der nicht-interventionellen Begleiterhebung ist gegeben.
10. Falls noch nicht vorliegend bitte ich Sie um Unterstützung per entsprechende **Diagnose** - und **Behandlung** mit Cannabisarzneimitteln.
11. Außerdem 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
- ...