

Ärztliche Bescheinigung bei der Verordnung von apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.

Beihilfeberechtigte Person:			
Name	Vorname	Beihilfe-Pers.-Nr	geb.
Patient beziehungsweise Patientin:			
Name	Vorname		geb.

Nach der Beihilfeverordnung NRW (BVO) sind Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nur noch unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig.

Bitte legen Sie diese Bescheinigung zusammen mit dem Rechnungsbeleg erneut Ihrer Beihilfestelle vor.

A. Wenn sie bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten.

Eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie auf Grund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt.

Als Therapiestandard gilt ein Arzneimittel, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung einer der umseitig genannten, schwerwiegenden Erkrankungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.

Für die oben genannte Person habe ich zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen folgende(s) apothekenpflichtige(s), nicht verschreibungspflichtige(s) Arzneimittel, das dem / den in den AM-RL genannten Therapiestandard(s) entspricht, verordnet:

Arzneimittel	Zur Behandlung bei / von (Diagnose / Erkrankung)	Therapie-Standard		Entsprechende Arzneimittel- Richtlinie (AM-RL)
		Ja	Nein	

Zur Erleichterung beim Ausfüllen sind auf der Rückseite die Therapiestandards der Arzneimittel-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses abgedruckt. Es ist erforderlich, dass oben alle vier Faktoren angegeben werden **Arzneimittel, Diagnose, Therapiestandard und die AMR**-(siehe Rückseite).

B. Wenn sie begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eingesetzt werden (Begleitmedikation), d. h., wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist.

Diagnose: _____

Verschreibungspflichtiges Arzneimittel der medikamentösen Haupttherapie:
verordnet am ____./____./____. / _____

verordnetes Arzneimittel als Begleitmedikation: _____

C. Aufwendung für ein zugelassenes nicht verschreibungspflichtiges apothekenpflichtiges Arzneimittel, wenn es zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auftretenden schwerwiegenden, schädlichen, unbeabsichtigten Reaktionen eingesetzt wird (unerwünschte Arzneimittelwirkungen).

Diagnose: _____

Verschreibungspflichtiges Arzneimittel, das die unerwünschte(n) Arzneimittelnebenwirkung(en) verursacht hat:
verordnet am ____./____./____. / _____

verordnetes Arzneimittel zur Beseitigung der Nebenwirkungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des verordnenden Arztes

Zutreffendes bitte ankreuzen	Entsprechende AM-RL – Anlage I –
<input type="checkbox"/> Abführmittel nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.	1
<input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit) als Thrombozyten- Aggregationshemmer bei koronarer Herzkrankheit (gesichert durch Symptomatik und ergänzende nichtinvasive oder invasive Diagnostik) und in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.	2
<input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden.	3
<input type="checkbox"/> Acidosetherapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase, Ileumconduit, Nabelpouch und Implantation der Harnleiter in den Dünndarm.	4
<input type="checkbox"/> Topische Anästhetika und/oder Antiseptika, nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z. B. Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus).	5
<input type="checkbox"/> Antihistaminika – nur in Notfallssets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien, – nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien, – nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus, – nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.	6
<input type="checkbox"/> Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.	7
<input type="checkbox"/> Antiseptika und Gleitmittel nur für Patienten mit Katheterisierung.	8
<input type="checkbox"/> Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödemen (Mannitol, Sorbitol).	9
<input type="checkbox"/> Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) sowie Vitamin D als Monopräparat bei ausreichender Calciumzufuhr über die Nahrung – nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose, – nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen, – bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.	11
<input type="checkbox"/> Calciumverbindungen als Monopräparate nur – bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus, – bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.	12
<input type="checkbox"/> Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.	13
<input type="checkbox"/> Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.	14
<input type="checkbox"/> Dinatriumcromoglycat (DNCG)-haltige Arzneimittel (oral) nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose	15
<input type="checkbox"/> E. coli Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.	16
<input type="checkbox"/> Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanaemie.	17
<input type="checkbox"/> Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierter Diarrhoe.	18
<input type="checkbox"/> Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.	19
<input type="checkbox"/> Ginkgo-biloba-Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert 240 mg Tagesdosis) nur zur Behandlung der Demenz.	20
<input type="checkbox"/> Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 % nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für den jeweiligen Patienten indiziert sind.	21
<input type="checkbox"/> Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.	23
<input type="checkbox"/> Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.	24
<input type="checkbox"/> Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokalaemie.	25
<input type="checkbox"/> Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.	26
<input type="checkbox"/> Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.	27
<input type="checkbox"/> Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen.	28
<input type="checkbox"/> Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.	29
<input type="checkbox"/> Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.	31
<input type="checkbox"/> Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.	32
<input type="checkbox"/> Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.	33
<input type="checkbox"/> Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patienten.	34
<input type="checkbox"/> Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-)Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.	35
<input type="checkbox"/> Pankreasenzyme nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe.	36
<input type="checkbox"/> Phosphatbinder nur zur Behandlung der Hyperphosphataemie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse.	37
<input type="checkbox"/> Phosphatverbindungen bei Hypophosphataemie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.	38
<input type="checkbox"/> Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mind. 2 % Salicylsäure) in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.	39
<input type="checkbox"/> Synthetischer Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei rheumatischen oder onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.	40
<input type="checkbox"/> Synthetische Tränenflüssigkeit bei Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen (trockenes Auge Grad 2), Epidermolysis bullosa, oculärem Pemphigoid, Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.	41
<input type="checkbox"/> Vitamin K als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.	42
<input type="checkbox"/> Wasserlösliche Vitamine auch in Kombinationen nur bei der Dialyse.	43
<input type="checkbox"/> Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).	44
<input type="checkbox"/> Zinkverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.	45
<input type="checkbox"/> Arzneimittel zur sofortigen Anwendung – Antidote bei akuten Vergiftungen, – Lokalanaesthetika zur Injektion, – apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen, können verordnet werden, wenn entsprechende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden.	46