

Name der/des Beihilfeberechtigten:

Beihilfe Personal-Nr.:

042.4-

Rheinische Versorgungskassen
Beihilfekasse
Postfach 21 09 40
50533 Köln

1. Indikation im Sinne von Ziffer 4.1.7.1 VVZBVO (siehe Nr. 1 meiner o.g. Erläuterungen)

Nach § 4 Abs. 1 Nr. 7 der Beihilfenverordnung des Landes NRW (BVO NRW) sind Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nur dann beihilfefähig, wenn sie bei der Behandlung **schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard** gelten (für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gelten diese Einschränkungen nicht).

Eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund 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 Patientin/den Patienten

Name, Vorname

Geburtsdatum

habe ich zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen folgende(s) apothekenpflichtige(s), nicht verschreibungspflichtige(s) Arzneimittel, das dem/den umseitigen Therapiestandard(s) entspricht, verordnet:

	Arzneimittel	Zur Behandlung bei/von (Diagnose/Erkrankung)	Therapie- standard		Entsprechende Arzneimittel- richtlinie (AMR)	Das homöopathische/ anthroposophische Präparat ist wissen- schaftlich anerkannt	
			JA	NEIN		JA	NEIN
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

**2. Indikationen im Sinne von Ziffer 4.1.7.1 VVZBVO i.V.m. Anlage I Abschnitt F AMR
(siehe Nr. 1 meiner o.g. Erl.)**

Zutreffendes bitte ankreuzen	AMR
<input type="radio"/> Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit) nur als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen	16.4.2
<input type="radio"/> Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden	16.4.3
<input type="radio"/> Acidosetherapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase	16.4.4
<input type="radio"/> Antihistaminika - nur in Notfallsets 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	16.4.6
<input type="radio"/> Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum	16.4.7
<input type="radio"/> Antiseptika und Gleitmittel nur für Patienten mit Selbstkatheterisierung	16.4.8
<input type="radio"/> Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödem (Mannitol, Sorbitol)	16.4.9
<input type="radio"/> Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) - 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 Prednisololäquivalent bedürfen, - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit	16.4.11
<input type="radio"/> Calciumverbindungen als Monopräparate nur - bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus, - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit	16.4.12
<input type="radio"/> Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen	16.4.14
<input type="radio"/> Dinatriumcromoglycat (DNCG)-haltige Arzneimittel (oral) nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose	16.4.15
<input type="radio"/> E. coli Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin	16.4.16
<input type="radio"/> Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanaemie	16.4.17
<input type="radio"/> Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierter Diarrhoen	16.4.18
<input type="radio"/> Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms	16.4.19
<input type="radio"/> Ginkgo biloba Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert, 240 mg Tagesdosis) nur zur Behandlung der Demenz	16.4.20
<input type="radio"/> Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen	16.4.23
<input type="radio"/> Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren	16.4.24
<input type="radio"/> Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliaemie	16.4.25
<input type="radio"/> Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie	16.4.26
<input type="radio"/> Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen	16.4.28
<input type="radio"/> Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko	16.4.29
<input type="radio"/> Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms	16.4.31
<input type="radio"/> Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der Palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität	16.4.32

Zutreffendes bitte ankreuzen		AMR
<input type="radio"/>	Nicosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall	16.4.33
<input type="radio"/>	Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patienten	16.4.34
<input type="radio"/>	Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-) Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie	16.4.35
<input type="radio"/>	Pankreasenzyme nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose	16.4.36
<input type="radio"/>	Phosphatverbindungen nur bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann	16.4.38
<input type="radio"/>	Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mindestens 2 % Salicylsäure) nur in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme	16.4.39
<input type="radio"/>	Synthetischer Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen	16.4.40
<input type="radio"/>	Synthetische Tränenflüssigkeit nur bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen des Grades 2, Epidermolysis bullosa, oculäres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus	16.4.41
<input type="radio"/>	Vitamin K als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann	16.4.42
<input type="radio"/>	Wasserlösliche Vitamine auch in Kombination nur bei Dialyse	16.4.43
<input type="radio"/>	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)	16.4.44
<input type="radio"/>	Zinkverbindungen als Monopräparat nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenen Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson	16.4.45
<input type="radio"/>	Arzneimittel zur sofortigen Anwendung - Antidote bei akuten Vergiftungen, - Lokalanästhetika 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.	16.4.46
<input type="radio"/>	Topische Anästhetika und/oder Antiseptika nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z.B. Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus)	16.4.5
<input type="radio"/>	L-Methionin nur zur Vermeidung der Steinneubildung bei Phosphatsteinen bei neurigener Blasenlähmung, wenn Ernährungsempfehlungen und Blasenentleerungstraining erfolglos geblieben sind	16.4.30
<input type="radio"/>	Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel	16.4.13
<input type="radio"/>	Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5% nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für den jeweiligen Patienten indiziert sind	16.4.21
<input type="radio"/>	Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Notfallbehandlung zur sofortigen Anwendung kommen	
<input type="radio"/>	Aufwendung für ein zugelassenes nicht verschreibungspflichtiges apothekenpflichtiges Arzneimittel, das begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eingesetzt wird (Begleitmedikation), wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist. Verschreibungspflichtiges Arzneimittel der medikamentösen Haupttherapie: <input type="text"/>	16.6
<input type="radio"/>	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). Verschreibungspflichtiges Arzneimittel mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen: <input type="text"/>	16.7
Datum und Unterschrift der Ärztin/des Arztes bzw. der Heilpraktikerin/des Heilpraktikers:		Praxisstempel: