

Stellungnahme zur Anhörung nach § 24 SGB X

Therapie mit Cannabisarzneimitteln

Absender:in (Name)	Krankenkasse
Anschrift	Anschrift der Krankenkasse
Versichertennummer	Ort, Datum

Datum des Genehmigungs- oder Kostenübernahmebescheids:

Datum des Anhörungsschreibens:

Frist zur Stellungnahme:

Betroffenes Cannabisarzneimittel / Darreichungsform:

Nächste Verordnung oder Abgabe benötigt am:

Stellungnahme zur beabsichtigten Einschränkung oder Aufhebung der Kostenübernahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu Ihrem oben bezeichneten Anhörungsschreiben nehme ich innerhalb der gesetzten Frist Stellung.

Ich bitte, von der beabsichtigten Einschränkung oder Aufhebung meiner bisherigen Genehmigung beziehungsweise Kostenübernahme abzusehen. Meine Behandlung mit dem oben genannten Cannabisarzneimittel wird ärztlich verordnet und bislang zulasten Ihrer Krankenkasse durchgeführt.

Zu den Gründen und Angaben in Ihrem Anhörungsschreiben nehme ich wie folgt Stellung:

Weitere Angaben, die für die Entscheidung wichtig sein können

Bisheriger Therapieverlauf und Bedeutung der Behandlung	
Mögliche Folgen einer Unterbrechung oder kurzfristigen Umstellung	
Medizinisch geeignete und rechtzeitig verfügbare Alternative	
Beigefügte Unterlagen	

Antrag und Bitte um schriftliche Entscheidung

Die nächste Verordnung oder Abgabe wird am oben genannten Datum benötigt. Ich beantrage, die Kosten meiner bisherigen Versorgung bis zu Ihrer Entscheidung vorläufig weiter zu übernehmen. Bitte teilen Sie mir schriftlich mit, ob die Kosten bis zu Ihrer Entscheidung weiter übernommen werden.

Meine Stellungnahme ist vollständig. Wegen der drohenden Versorgungslücke bitte ich um unverzügliche Prüfung.

Weitere Unterlagen reiche ich bis zum folgenden Datum nach:

Bitte treffen Sie die abschließende Entscheidung möglichst nicht vor dem genannten Nachreichungstermin.

Falls Sie an der beabsichtigten Einschränkung oder Aufhebung festhalten, bitte ich um einen schriftlichen und begründeten Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung. Daraus sollen die Rechtsgrundlage, der Zeitpunkt der Wirkung und die Auswirkungen auf meine bestehende Genehmigung oder Kostenübernahme hervorgehen.

Wegen der drohenden Versorgungslücke bitte ich um unverzügliche Bearbeitung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben