

**Anfrage zur Einführung eines neuen Arzneimittels  
in das Arzneimittelverzeichnis des Krankenhauses  
und/oder in das Arzneimittelverzeichnis der Altersheime**

Gesundheitsbezirk

---

Abteilung

---

Antragsteller/in

---

Qualifikation

---

Wirkstoff

---

Formulierung/Dosierung(en)

---

Indikation(en)

---

Bereits vorhandene therapeutische Alternativen in den Arzneimittelverzeichnissen:

---

Ersatz für bereits in den Arzneimittelverzeichnissen vorhandene Arzneimittel: Ja  Nein

Wenn ja, welche:

Begründung der Anfrage

Bessere  
Wirksamkeit

Kosten-  
Wirksamkeits-Profil

Anderes  
(genau angeben)

Handelt es sich um ein abteilungsspezifisches Arzneimittel? Ja  Nein

Wenn ja, welche Abteilung

Wenn ja, in welchen Fällen kann das Arzneimittel von anderen Abteilungen verwendet werden?

Fachberatung

Krankheitsbild

Anderes

Wird das Arzneimittel in ein klinisch-therapeutisches Protokoll aufgenommen: Ja  Nein

In welches Verzeichnis soll das Arzneimittel aufgenommen werden?

Krankenhaus

Altersheime

Beide

Schätzung der Anzahl an Patienten/Jahr:

Schätzung des Bedarfs an Medikament/Jahr:

Schätzung der zusätzlichen Kosten/Jahr:

Bibliographische Angaben:

Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Dir./in der komplexen Struktur

