

FÜR PATIENTEN

Versorgung mit dem Arzneimittel elmiron® im Wege des Imports

Versichertenname:

Versichertennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund einer seltenen Form von mittelstarken bis starken Blasenschmerzen sowie Harndrang und Miktionshäufigkeit werde ich ab dem _____ mit dem Arzneimittel elmiron® 100mg Hartkapseln behandelt. Es ist das einzige zugelassene Arzneimittel für das seltene Krankheitsbild der Interstitiellen Zystitis (IC/BPS), die bei mir diagnostiziert wurde. Die Behandlung ist nach Aussage meines Arztes medizinisch alternativlos und soll auch in Zukunft fortgesetzt werden. Zur Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung ist ein Therapiezeitraum von 6 Monaten gemäß der Fachinformation von elmiron® bei Beginn der Behandlung einzuhalten sowie eine Kontrolle nach Ablauf dieses Zeitraumes durchzuführen.

Allerdings ist das Arzneimittel elmiron® zum 01. Januar 2021 in Deutschland außer Vertrieb genommen worden. Nach Aussagen des Anbieters beruht diese Entscheidung auf wirtschaftlichen Gründen. Das Arzneimittel ist aber weiterhin europaweit zugelassen und kann somit durch die Apotheke aus anderen EU-Staaten gemäß §73 Abs. 1 bezogen werden. Um eine Bestellung und Abrechnung durch die Apotheke zu ermöglichen, ist nach den Arzneiversorgungsverträgen den Apothekern mit dem Rezept eine entsprechende Bestätigung der Krankenkasse vorzulegen. Ich möchte Sie daher bitten, mir eine Abrechnungsbestätigung für den Import zur Vorlage in der Apotheke über den Zeitraum von 6 Monaten auszustellen.

Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei nicht um die Genehmigung einer Arzneimittelverordnung im Sinne von § 29 Abs. 1 BMV-Ä handelt. Die ärztliche Verordnungsentscheidung ist bereits getroffen; eine Kopie des ausgestellten Rezepts habe ich beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage: Kopie des Rezepts