

Erklärung

der/des betreuenden/begleitenden Ärztin/Arztes(im Folgenden 'betreuender Arzt') im Zusammenhang mit dem Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis (§ 3 Abs. 2 BtMG) zum Erwerb von Cannabis-Extrakt bzw. Medizinal-Cannabisblüten im Rahmen einer medizinisch betreuten und begleiteten Selbsttherapie

Die Patientin/der Patient (im Folgenden 'der Patient')

(Name und Anschrift)

ist seit dem _____ in meiner ärztlichen Behandlung.
(Datum)

Betreuender Arzt: _____
(Name)

Sollte mein Patient eine betäubungsmittelrechtliche Erlaubnis zum Erwerb von:

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Cannabis-Extrakt** erhalten, erkläre ich mich als betreuender Arzt bereit, Dosierungsvorgaben zu machen und den therapeutischen Verlauf zu überwachen.

Darreichungsform:

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Kapseln
 Tropfen zum Einnehmen

Dosierungsanweisung:

(Angaben in mg $\Delta 9$ -THC¹⁾)

Einzeldosis : _____ mg
maximale Tagesdosis : _____ mg
4-Wochen-Bedarf : _____ mg

- Medizinal-Cannabisblüten** erhalten, erkläre ich mich als betreuender Arzt bereit, Dosierungsvorgaben zu machen und den therapeutischen Verlauf zu überwachen.

Es stehen folgende Sorten zur Verfügung: (Bitte Sorte(n) ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Sorte Bedrocan | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ ca. 22 %, CBD ²⁾ bis zu 1 %) |
| <input type="radio"/> Sorte Bedica | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ ca. 14 %, CBD ²⁾ bis zu 1 %) |
| <input type="radio"/> Sorte Bedrobinol | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ ca. 13,5 %, CBD ²⁾ bis zu 1 %) |
| <input type="radio"/> Sorte Bediol | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ ca. 6,3 %, CBD ²⁾ ca. 8 %) |
| <input type="radio"/> Sorte Bedrolite | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ bis zu 1 %, CBD ²⁾ ca. 9 %) |
| <input type="radio"/> Sorte Princeton (MCTK007) | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ ca. 16,5 %, CBD ²⁾ bis zu 0,05 %) |
| <input type="radio"/> Sorte Houndstooth (MCTK001) | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ ca. 13,5 %, CBD ²⁾ bis zu 0,05 %) |
| <input type="radio"/> Sorte Penelope (MCTK002) | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ ca. 6,7 %, CBD ²⁾ ca. 10,2 %) |
| <input type="radio"/> Sorte Argyle (MCTK005) | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ ca. 5,4 %, CBD ²⁾ ca. 7 %) |
| <input type="radio"/> Sorte Pedanios 22/1 | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ ca. 22 %, CBD ²⁾ bis zu 1 %) |
| <input type="radio"/> Sorte Pedanios 18/1 | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ ca. 18 %, CBD ²⁾ bis zu 1 %) |
| <input type="radio"/> Sorte Pedanios 16/1 | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ ca. 16 %, CBD ²⁾ bis zu 1 %) |
| <input type="radio"/> Sorte Pedanios 14/1 | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ ca. 14 %, CBD ²⁾ bis zu 1 %) |
| <input type="radio"/> Sorte Pedanios 8/8 | (Gehalt: $\Delta 9$ -THC ¹⁾ ca. 8 %, CBD ²⁾ ca. 8 %) |

Art der Anwendung:

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Teezubereitung
 Inhalation

Dosierungsanweisung:

(Angaben in g Medizinal-Cannabisblüten)

Einzeldosis : _____ g
maximale Tagesdosis : _____ g
4-Wochen-Bedarf : _____ g

(Anmerkung: 1 g Blüten der Sorte Bedrocan mit einem Gehalt von 22 % $\Delta 9$ -THC¹⁾ enthält 220 mg $\Delta 9$ -THC¹⁾).

Ich verpflichte mich, die Bundesopiumstelle unverzüglich über Beendigung bzw. Abbruch meiner Betreuung/Begleitung der Selbsttherapie des oben genannten Patienten mit Cannabis-Extrakt bzw. Medizinal-Cannabisblüten in Kenntnis zu setzen (siehe Seite 2).

Zusätzliche Bemerkungen:

Datum, Unterschrift und Stempel des betreuenden Arztes

Form Bundesopiumstelle (Stand: Dezember 2016)

¹⁾ $\Delta 9$ -Tetrahydrocannabinol ($\Delta 9$ -THC)
²⁾ Cannabidiol (CBD)

Freiwillige Erklärung des Patienten

Diese Erklärung ist freiwillig und hat keinen Einfluss auf die beantragte Erteilung einer Erlaubnis.
Aus wissenschaftlicher Sicht ist sie jedoch wünschenswert.

Ich gestatte meinem betreuenden Arzt, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte jederzeit über den therapeutischen Erfolg meiner Selbsttherapie mit Cannabis-Extrakt bzw. Medizinal-Cannabisblüten Auskunft zu geben.

Datum, Unterschrift des Patienten

HINWEIS: Sollte im Verlauf der Therapie die Sorte der Blüten gewechselt werden müssen, ist eine Neuberechnung der Dosierung durch den betreuenden Arzt erforderlich!

Die Betreuung/Begleitung der Selbsttherapie meines Patienten

Name des Patienten

BtM-Nr.

mit Cannabis-Extrakt bzw. Medizinal-Cannabisblüten

habe ich am _____ beendet/ abgebrochen.
(Datum) (unzutreffendes bitte streichen)

Zusätzliche Bemerkungen:

Datum, Unterschrift und Stempel des betreuenden Arztes