

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

(Bitte lesen Sie auch die Anmerkungen zur Dosierung im unteren Teil dieses Vordrucks)

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
 Lösung zur Inhalation

Dosierungsanweisung:

(Angaben in mg $\Delta 9$ -Tetrahydrocannabinol)

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)

- Sorte Bedrocan (Gehalt: $\Delta 9$ -Tetrahydrocannabinol ca. 18 %, Cannabidiol bis zu 1 %)
 Sorte Bedica (Gehalt: $\Delta 9$ -Tetrahydrocannabinol ca. 14 %, Cannabidiol bis zu 1 %)
 Sorte Bedrobinol (Gehalt: $\Delta 9$ -Tetrahydrocannabinol ca. 11 %, Cannabidiol bis zu 1 %)
 Sorte Bediol (Gehalt: $\Delta 9$ -Tetrahydrocannabinol ca. 6 %, Cannabidiol ca. 7,5 %)

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 18 % $\Delta 9$ -THC enthält 180mg $\Delta 9$ -THC).

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

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 Rückseite).

Zusätzliche Bemerkungen:

Datum, Unterschrift und Stempel des betreuenden Arztes

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

Übersendung erbeten an:

**Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Bundesopiumstelle -
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
53175 Bonn**

Fax: 0228/207-5210

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