



# Gesuch für eine BAG-Ausnahmebewilligung für die beschränkte medizinische Anwendung von verbotenen Betäubungsmitteln (Wirkungstyp Cannabis)

cannaplant

---

## ANTRAGSTELLER (ARZT)

Name  Telefon   
Vorname  E-Mail   
Strasse/Nr.   
PLZ/Ort  Ort/Datum

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit beantrage ich für nachstehenden Patienten/nachstehende Patientin eine Ausnahmebewilligung für den Wirkstoff  $\Delta$ -9-Tetrahydrocannabinol (THC).

---

## ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZUR PATIENTIN

Geschlecht  F  M  
Name  Strasse/Nr.   
Vorname  PLZ/Ort   
Geburtsdatum

---

## MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

**Diagnose**

### Bisherige Therapie, Therapieverlauf

(dieser Abschnitt kann allenfalls mit einem Ausdruck des Krankenberichts ergänzt werden)



cannaplant

## Begründung für die Behandlung mit einem Cannabispräparat

---

### MEDIKATION (GEWÜNSCHTES PRÄPARAT ANKREUZEN)

#### Magistralrezepturpräparat

#### Wirkstoff(e)

Dronabinol-Lösung 2,5%

THC

CANNAPLANT Normierte Cannabistinktur (ca. 10 mg THC/ml und ca. 20 mg CBD/ml)

THC und CBD

CANNAPLANT Normiertes Cannabisöl (ca. 10 mg THC/ml und ca. 20 mg CBD/ml)

THC und CBD

THC:  $\Delta$ -9-Tetrahydrocannabinol, CBD: Cannabidiol

#### Dosierung

**Behandlungsdauer:** Initial 6 Monate, anschliessend ist der Therapieerfolg zu überprüfen.

---

### BEZUGSQUELLE

#### Herstellung bzw. Lieferung des Cannabispräparates durch folgende Apotheke

Bahnhof Apotheke Langnau AG

Dr. Manfred Fankhauser

Dorfstrasse 2

CH-3550 Langnau i.E.

Telefon 034 402 12 55

Fax 034 402 25 35

fankhauser@cannabis-med.ch

---

### FINANZIERUNG

Die Kosten werden von der Krankenkasse der Patientin/des Patienten übernommen.

Ja

Name der Krankenkasse:

Nein

In Abklärung



---

## BESTÄTIGUNG DES BEHANDELNDEN ARZTES

Ich bestätige:

- Alle Angaben korrekt erfasst zu haben.
- Alle 6 Monate einen kurzen Zwischenbericht über den Stand der Behandlung und bei Abschluss der Behandlung einen Schlussbericht zuhanden des BAG zu erstellen.
- Die beantragte Therapie des Patienten im Rahmen der Konsultationen regelmässig zu überprüfen.
- Den Modus der Medikamentenabgabe mit dem Patienten und der Bahnhof Apotheke Langnau AG zu besprechen und festzulegen.

Ort/Datum

Unterschrift  
des behandelnden  
Arztes

---

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES PATIENTEN

Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Behandlung mit einem Cannabispräparat einverstanden bin und über die Finanzierung informiert wurde.

Name

Datum

Vorname

Unterschrift

---

## ADRESSE FÜR DIE EINREICHUNG DES GESUCHES PER POST (NICHT PER E-MAIL/FAX)

### Vertraulich

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten  
Schwarzenburgstrasse 157  
CH-3003 Bern

Telefon +41 58 465 37 82  
betmg@bag.admin.ch

## Information für Ärztinnen und Ärzte

### Verlängerungen von Bewilligungen

Verlängerungsgesuche müssen spätestens zwei Wochen vor Ablauf der Bewilligung mit einem kurzen Zwischenbericht über den Verlauf der Behandlung eingereicht werden.

### Abbruch der Behandlung

Der Abbruch der Behandlung ist mit einer kurzen Begründung des Abbruchs zu melden.

### Weitere Informationen

[www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesuche-bewilligungen/ausnahmebewilligungen-verbotene-betaeubungsmittel/ausnahmebewilligungen-beschaenkte-medizinische-anwendung.html](http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesuche-bewilligungen/ausnahmebewilligungen-verbotene-betaeubungsmittel/ausnahmebewilligungen-beschaenkte-medizinische-anwendung.html)