



Checkliste Follow-Up externer MTB-Patient*innen

Allgemeine Angaben

Name der/des Patientin/en: _____

Geburtsdatum: _____

Anmeldende Institution: _____

Name der/des anmeldenden Ärztin/Arzt: _____

Telefon: _____

Fax: _____

e-mail _____

Datum MTB-Vorstellung: _____

Angaben zum Antrag an die Krankenkasse

Off-label-use Antrag gestellt: Ja Datum _____
 Nein

Off-label-use Antrag bewilligt: Ja Datum _____
 Nein

Widerspruch eingereicht Ja Datum _____
 Nein

Therapie umgesetzt Ja Datum _____
 Nein

Geändert am: 01.11.2023	Geprüft am: 01.11.2023	Freigegeben am: 01.11.2023	Gültig ab: 15.11.2023
Name: Nause, Nelia	Name: König, Alexander Otto	Name: Braulke, Friederike	Gültig bis: Revision
Ersterstellung: 01.11.2023, Nause, Nelia			Version: 001/11.2023

