

Anlage VII – Antragsformular

☐ **Antrag des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen gemäß § 130b Absatz 8 SGB V**

Ansprechpartner beim GKV-Spitzenverband	
a) Name	<< >>
b) Adresse	<< >>
c) E-Mail	<< >>
d) Telefon- und Faxnummer	<< >>

☐ **Antrag eines pharmazeutischen Unternehmers**

☐ **gemäß § 35a Absatz 5a SGB V**

☐ **gemäß § 130b Absatz 8 SGB V**

Pharmazeutischer Unternehmer	
a) Name des pharmazeutischen Unternehmers	<< >>
b) Anschrift	<< >>
Ansprechpartner beim pharmazeutischen Unternehmer	
c) Name	<< >>
d) Abteilung und Funktion	<< >>
e) Adresse	<< >>
f) E-Mail	<< >>
g) Telefon- und Faxnummer	<< >>

Informationen zum Arzneimittel, für das eine Kosten-Nutzen-Bewertung beantragt wird

1) Angaben zum Arzneimittel	
a) Wirkstoff	<< >>
b) Anwendungsgebiet(e)	<< >>
c) Das Arzneimittel ist im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes in Verkehr	Ja / Nein

2) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 35a Absatz 3 SGB V	
a) Datum	<< >>
b) Vorgangsnummer	<< >>

3) Anlagen gemäß 5. Kapitel § 23 Absatz 3 Verfo
1. Entscheidung der Schiedsstelle einschließlich ihrer Begründung (bei Antragstellung nach § 130b Absatz 8 SGB V)
2. Verpflichtungserklärung des pharmazeutischen Unternehmers über die Kostentragung (bei Antragstellung nach § 35a Absatz 5a SGB V)
3. Vorschlag über die Auftragsinhalte gemäß 5. Kapitel § 24 Verfo

Datum

Unterschrift