

Arztfragebogen zur Therapie mit Lecanemab (Leqembi)

(Stand: 26.09.2025)

Versichertenname: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: _____._____._____ (TT.MM.JJJJ)

Geschlecht (aus Gründen der Vollständigkeit): ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Name der Behandlungseinrichtung: _____

Name der/des Vertragsärztin/-arztes: _____

HINWEIS:

Fragen, die über das Programm zum kontrollierten Zugang zu dem Arzneimittel nach Vorgaben der EMA abgefragt werden, können uns auch über einen Ausdruck der Registrierung der Patientin/des Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Die Beantwortung dieser Fragen hat sich dann erübrigt.

Anwendungsgebiet: Behandlung erwachsener Patientinnen/Patienten mit klinisch diagnostizierter leichter kognitiver Störung und leichter Demenz aufgrund der Alzheimer-Krankheit mit bestätigter Amyloid-Pathologie, die Apolipoprotein E ϵ 4-Nichtträger oder heterozygote Apo E ϵ 4-Träger sind

1. Verordnung innerhalb der zugelassenen Indikation (In-Label-Use)

1.1 Liegt bei der/dem Versicherten eine leichte kognitive Beeinträchtigung bei Alzheimer-Erkrankung vor?

☐ ja

☐ nein

1.2 Liegt bei der/dem Versicherten eine leichte Demenz bei Alzheimer-Erkrankung vor?

☐ ja

☐ nein

1.3 Wenn 1.1 und 1.2 mit „nein“ beantwortet wird: Welche zur Verordnung führende Diagnose besteht?

1.4 Erkrankungsbeginn und Zeitpunkt der Diagnosestellung?

1.5 Ergebnis der testpsychologischen Untersuchung?

☐ MoCA: Punktwert: _____, Untersuchung vom _____._____._____ (TT.MM.JJJJ)

☐ MMST: Punktwert: _____, Untersuchung vom _____._____._____ (TT.MM.JJJJ)

☐ anderes Testverfahren: _____

Ergebnis: _____, Untersuchung vom _____._____._____ (TT.MM.JJJJ)

1.6 MRT-Untersuchung des Gehirns (nicht älter als sechs Monate)

☐ ja, Untersuchung vom _____._____._____ (TT.MM.JJJJ)

Befund:

☐ nein

1.7 Geeigneter Test auf Amyloid-Beta-Pathologie

☐ Liquorpunktion, Untersuchung vom _____._____._____ (TT.MM.JJJJ)

Befund:

☐ PET-CT, Untersuchung vom _____._____._____ (TT.MM.JJJJ)

Befund:

1.8 APOE-Genotyp-Bestimmung durch CE-zertifizierten/alternativ validierten Test erfolgt?

☐ ja

Ergebnis:

☐ Nicht-Träger

☐ heterozygot

☐ homozygot

☐ nein

2. Behandlungsregime

Nach § 29 Absatz 1 Bundesmantelvertrag Ärzte vom 01.04.2025 liegt die Verantwortung für die Arzneimitteltherapie allein bei der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt. Hinsichtlich eines indikationsgerechten Einsatzes sind die Angaben nicht ergebnisrelevant.

2.1 Welches Therapieregime wurde bei der/dem Versicherten bisher mit welchem Erfolg eingesetzt? (Arzneimittel, nicht-medikamentöse Behandlungen)

2.2 Welche Argumente sprechen unter Berücksichtigung der spezifischen Situation des/der Versicherten bei eventuell vorhandenen Therapiealternativen für Lecanemab (bspw. Einsatz von Acetylcholinesterasehemmern)?

3. Formale Voraussetzungen

3.1 Wurde die/der Versicherte bereits im zentralen Registrierungssystem registriert?

☐ ja, Begründung des Kostenübernahmeantrags:

☐ nein, Begründung für bislang fehlende Registrierung:

4. Gegenanzeigen

4.1 Besteht eine Blutungsstörung?

☐ ja, welche: _____

Derzeitiger Status (Behandlungsverlauf, Laborparameter etc.):

☐ nein

4.2 Liegen Hinweise auf abgelaufene intrazerebrale Blutungen vor?

☐ ja

Derzeitiger Status (Behandlungsverlauf, Laborparameter etc.):

☐ nein

4.3 Besteht eine laufende Antikoagulanzen-Therapie?

☐ ja

Wirkstoff:

Handelsname:

Anwendungsgebiet:

Darreichungsform:

Dosierung und Dosisintervall:

Dauer der Therapie:

☐ nein

5. Bei Prüfungen nach Beginn der Anwendung:

5.1 MRT-Untersuchung des Gehirns (jeweils vor 3., 5., 7. und 14. Infusion)

☐ ja,

Untersuchung vom _____._____._____ (TT.MM.JJJJ)

Befund:

Untersuchung vom _____._____._____ (TT.MM.JJJJ)

Befund:

Untersuchung vom _____._____._____ (TT.MM.JJJJ)

Befund:

☐ nein, Begründung:

5.2 Sollte es Hinweise auf ARIA oder Blutungen gegeben haben: Wie wurde mit dieser Komplikation umgegangen?

5.3 Wurde alle sechs Monate eine Kontrolle der klinischen Symptome durchgeführt?

☐ ja

Ergebnis der Evaluation (mit Testergebnissen):

☐ nein

5.4 Kam es zum Progress der Erkrankung?

☐ ja, derzeitiges Stadium der Erkrankung und Begründung der Weiterverordnung:

☐ nein

5.5 Weitere Bemerkungen

(Ort, Datum)

(Stempel inkl. LAN, Unterschrift)

Folgende Unterlagen/Anlagen liegen dem Arztfragebogen bei:

- ☐ Ausdruck der Registrierung der Patientin/des Patienten im Programm zum kontrollierten Zugang
- ☐ Aktueller Arztbrief
- ☐ Liquor-Befund
- ☐ Ergebnisse MRT-Untersuchung(en), PET-CT
- ☐ Laborbefunde
- ☐ Genetischer Befundbericht auf APOE-Genotyp-Bestimmung
- ☐ sonstiges
