

## Formular 3

Bestätigung der Aktualität der Nachweise für  
Forschungstätigkeit in Deutschland im  
Rahmen der Bestimmung eines  
vertraulichen Erstattungsbetrages  
gemäß § 130b Absatz 1c Satz 1 und 4 SGB V

**Hinweis: Sollten Sie zu einem früheren Zeitpunkt den Nachweis für eine Forschungstätigkeit in Deutschland bereits geführt haben und es ist mehr Zeit als ein Jahr seit Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen für die Bestimmung eines vertraulichen Erstattungsbetrages seitens des GKV-Spitzenverbandes vergangen, können Sie bei unveränderter Aktualität der dort gemachten Angaben, unter Bezugnahme auf diese frühere Nachweisführung den Prozess der Prüfung der Voraussetzung des Bestimmungsrechts erneut anstoßen. Bitte verwenden Sie hierfür dieses Formular. Dies kann im Rahmen der Wahl eines weiteren vertraulichen Erstattungsbetrages zu einem anderen von Ihnen vertriebenen Arzneimittel geschehen, oder aber auch für das gleiche Arzneimittel, sofern die Gültigkeit der Nachweise nach einem Jahr erloschen ist, die Bestimmung in diesem Jahr jedoch ausblieb und sie weiter eine Bestimmung herbeiführen wollen.**

**Weitere Erläuterungen und Ausfüllhinweise finden Sie auf unserer Homepage.**

1 Administrative Angaben

1.1 Name des pharmazeutischen Unternehmers (Anbieter gemäß Preis- und Produktverzeichnis):

1.2 Name und Kontaktdaten der unterzeichnenden Personen:

1.3 Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff, das zur Bestimmung nach § 130b Absatz 1c Satz 1 SGB V berechtigt:

1.4 Datum des erstmaligen Inverkehrbringens:

2 Bestätigung der Aktualität der Angaben

2.1 Ich nehme auf das dem GKV-Spitzenverband am folgenden Datum übermittelte Nachweisformular Bezug:

Datum:

Arzneimittelbezeichnung:

2.2 Ich erkläre, dass die Angaben aus dem unter 2.1 genannten Nachweisformular weiterhin zutreffend sind.

Ja

Nein

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass aufgrund dieser Angaben wirtschaftliche Folgen resultieren, die für gesetzliche Krankenkassen und weitere Kostenträger sowie für den von mir vertretenen pharmazeutischen Unternehmer wirtschaftliche Folgen haben können. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben in diesem Formular eine Täuschungshandlung darstellen und unter Umständen zur Strafbarkeit nach § 263 StGB führen können.

Die Erklärung kann für den pharmazeutischen Unternehmer aufgrund einer Vollmacht abgegeben werden. In diesem Fall ist die Übersendung einer ordnungsgemäßen Vollmachtsurkunde erforderlich. Bitte machen Sie ein Handeln in Vollmacht durch einen entsprechenden Hinweis im Feld „Funktion“ geltend. Aus dem Hinweis im Feld „Funktion“ muss sich zweifelsfrei ergeben, aufgrund welcher Vollmacht Sie in welcher Eigenschaft die Erklärung abgeben.

Vorname und Name:

Funktion:

Datum:

Unterschrift:

Vorname und Name:

Funktion:

Datum:

Unterschrift: