

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Name und Sitz der Krankenkasse

Straße, Nr./ Postfach

PLZ, Ort

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Zur Vorlage bei der Krankenkasse für Zubehör von Herzunterstützungssystemen

Der oben genannte Patient leidet an:

- Herzinsuffizienz
 Sonstiges _____

Der oben genannte Patient wurde mit einem Herzunterstützungssystem der Firma

- Heartware Sonderanfertigung:
 Heartmate versorgt. BIVAD extra lange Gurte

Das ständige Tragen der Herzunterstützungssysteme, die bis zu 4 kg wiegen, bringt viele Komplikationen für den Patienten mit sich. Durch das speziell angepasste VAD-Zubehör können Sekundärkomplikationen vermieden werden. Durch den Rucksack wird ein verbesserter Tragekomfort gegeben und Haltungsschäden werden verhindert. Durch sicheres Durchführen der Driveline aus der Kleidung und durch den festen Sitz des Rucksacks wird die Driveline geschont, unnötige Irritationen vermieden und das Infektionsrisiko somit reduziert. Durch Schaffung einer gesteigerten Bewegungsfreiheit wird die Lebensqualität erhöht.

Sonstiges _____

Wir bitten daher um eine Kostenübernahme, bzw. -beteiligung für folgendes VAD- Zubehör:

- | | |
|---|--|
| Kleidung für Drivelineausleitung | <input type="radio"/> VAD Rucksack Heartbag |
| <input type="radio"/> VAD Unterhemd | (<input type="radio"/> schwarz <input type="radio"/> beige <input type="radio"/> dunkelblau) |
| <input type="radio"/> VAD T-Shirt | <input type="radio"/> VAD Rucksack Heartcase |
| <input type="radio"/> VAD Langarmshirt | (<input type="radio"/> grau <input type="radio"/> grün <input type="radio"/> rot <input type="radio"/> blau <input type="radio"/> silber) |
| Kleidung zum Tragen des Systems | <input type="radio"/> VAD Rucksack „Trekking“ |
| <input type="radio"/> VAD Active Unterhemd | (<input type="radio"/> grau <input type="radio"/> grün <input type="radio"/> rot <input type="radio"/> blau <input type="radio"/> silber) |
| <input type="radio"/> VAD Active T-Shirt | <input type="radio"/> VAD Weste |
| | Westengröße <input type="radio"/> OS/M <input type="radio"/> M/L <input type="radio"/> L/XL |
| Größe: <input type="radio"/> XS <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> XXL |
- (nur bei Kleidung ankreuzen)

Datum, Unterschrift des Arztes / Praxisstempel

Einverständniserklärung
Ich bin damit einverstanden, dass die ärztliche Bescheinigung und die Abrechnung an die Firma MediTex® Medizinische Funktionswäsche GmbH, Buchholzer Str. 17, 18059 Papendorf, Tel.: 0381/44448159, Fax: 0381/44453460 weitergeleitet wird.

Name, Vorname

Telefon für evtl. Rückfragen

Datum, Unterschrift des Patienten/in