

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:

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>Kleidung für Drivelineausleitung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> VAD Unterhemd</li> <li><input type="radio"/> VAD T-Shirt</li> <li><input type="radio"/> VAD Langarmshirt</li> </ul> <p><b>Kleidung zum Tragen des Systems</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> VAD Active Unterhemd</li> <li><input type="radio"/> VAD Active T-Shirt</li> </ul> <p>Größe: <input type="radio"/> XS   <input type="radio"/> S   <input type="radio"/> M   <input type="radio"/> L</p> <p>(nur bei Kleidung ankreuzen)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> VAD Rucksack Heartbag<br/>(<input type="radio"/> schwarz <input type="radio"/> beige <input type="radio"/> dunkelblau)</li> <li><input type="radio"/> VAD Rucksack Heartcase<br/>(<input type="radio"/> grau <input type="radio"/> grün <input type="radio"/> rot <input type="radio"/> blau <input type="radio"/> silber)</li> <li><input type="radio"/> VAD Rucksack „Trekking“<br/>(<input type="radio"/> grau <input type="radio"/> grün <input type="radio"/> rot <input type="radio"/> blau <input type="radio"/> silber)</li> <li><input type="radio"/> VAD Weste<br/>(nur S-XL)</li> <li><input type="radio"/> XL   <input type="radio"/> XXL</li> </ul> |
|---|---|

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