

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Zur Vorlage bei der Krankenkasse
für Zubehör von Herzunterstützungssystemen

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

Der oben genannte Patient wurde mit folgendem Herzunterstützungssystem versorgt:

- ☐ HeartWare
- ☐ HeartMate

Sonderanfertigung:

- ☐ extra lange Gurte

Bemerkung _____

Der oben genannte Patient leidet an:

- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Schmerzen in der Schulterregion
- ☐ Sonstiges: _____

Das dauerhafte Tragen von Herzunterstützungssystemen mit einem Gewicht von bis zu 4 kg kann zu erheblichen körperlichen Belastungen und Folgeproblemen führen. Durch geeignete Tragesysteme lassen sich relevante Sekundärkomplikationen wirksam reduzieren. MediTex®-Produkte ermöglichen eine stabile und ergonomische Positionierung des VAD-Systems, verbessern den Tragekomfort und tragen zur Vermeidung von Haltungsschäden infolge einseitiger Belastung bei. Die sichere Führung der Driveline aus der Kleidung sowie die feste Fixierung des Systems im Zubehör reduzieren Zugkräfte auf die Driveline, minimieren Irritationen und senken damit das Risiko drivelineassoziiierter Infektionen. Zusätzlich wird die Bewegungsfreiheit des Patienten verbessert.

Der Patient benötigt:

Mehrfachauswahl möglich, Größe unterstreichen

VAD-Grundausrüstung ☐ VAD-Unterhemd «Active» & VAD-Rucksack (Einzelteile unten angekreuzt)

VAD-Kleidung zum Tragen des Systems	☐ Unterhemd «Active pro» ☐ Unterhemd «Active» ☐ T-Shirt «Active» XS, S, M, L, XL, XXL ☐ Weste S, M, L, XL	VAD-Rucksack	Heartbag Frühmobilisation ☐ schwarz ☐ beige ☐ dunkelblau	Heartcase* weiterführende Mobilisation ☐ grau ☐ grün ☐ rot ☐ blau ☐ silber ☐ schwarz/reflektor	Heartcase Trekking* sportliche/ aktive Patienten ☐ grau ☐ grün ☐ rot ☐ blau ☐ silber ☐ schwarz/reflektor
VAD-Kleidung für Drivelineausleitung	☐ Unterhemd ☐ T-Shirt ☐ Langarmshirt XS, S, M, L, XL, XXL	VAD-Hüftgurt	(Zubehör für «Heartcase» & «Heartcase Trekking») S, M, L		

***BIVAD-geeignet**

Datum, Unterschrift des Arztes / Praxisstempel	Einverständniserklärung Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die ärztliche Bescheinigung und Informationen zum Bescheid der Kostenübernahme durch die Krankenkasse sowie eine Kopie des Bescheides an folgende Firma weitergeleitet werden: MediTex® Medizinische Funktionswäsche GmbH An den Griebensöllen 6, 18069 Rostock Tel.: 0381/8172 9508, Fax: 0381/4445 3460 E-Mail: kostenuebernahme@medi-tex.de Zum Zwecke der Abrechnung wird ein Abrechnungszentrum beauftragt.
	Name, Vorname
	Tel.-Nr. & E-Mail für evtl. Rückfragen
	Datum, Unterschrift des Patienten