

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

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 folgendem Herzunterstützungssystem versorgt:

- ☐ Heartware
 - ☐ Heartmate
- Sonderanfertigung:
- ☐ 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 das VAD-Zubehör wird ein verbesserter Tragekomfort gegeben und Haltungsschäden durch einseitige Belastung können verhindert werden. Durch sicheres Durchführen der Driveline aus der Kleidung und durch die feste Positionierung des VAD-Systems im VAD-Zubehör wird die Zugbelastung auf der Driveline und damit unnötige Irritationen vermieden und somit das Infektionsrisiko reduziert. Durch Schaffung einer gesteigerten Bewegungsfreiheit wird die Lebensqualität erhöht.

Bemerkung _____

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

VAD-Kleidung für Driveline-ausleitung	☐ Unterhemd ☐ T-Shirt ☐ Langarmshirt XS, S, M, L, XL, XXL	VAD-Rucksack	Heartbag ☐ schwarz ☐ beige ☐ dunkelblau	Heartcase (BIVAD-geeignet) ☐ grau ☐ blau ☐ grün ☐ silber ☐ rot ☐ schwarz/ reflektor	Heartcase Trekking (BIVAD-geeignet) ☐ grau ☐ blau ☐ grün ☐ silber ☐ rot ☐ schwarz/ reflektor
VAD-Kleidung zum Tragen des Systems	☐ Unterhemd «Active pro» ☐ Unterhemd «Active» ☐ T-Shirt «Active» ☐ Active-Set (Unterhemd + T-Shirt) XS, S, M, L, XL, XXL ☐ Weste S, M, L, XL	VAD-Hüftgurt (Zubehör für «Heartcase» & «Heartcase Trekking»)	☐ S, M, L		

Datum, Unterschrift des Arztes / Praxisstempel

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die ärztliche Bescheinigung, Informationen & Bescheid zur Kostenübernahme der Krankenkasse, sowie die Abrechnung an folgende Firma weitergeleitet wird:

MediTex® Medizinische Funktionswäsche GmbH
Buchholzer Str. 17, 18059 Papendorf
Tel.: 0381/8172 9508, Fax: 0381/4445 3460
E-Mail: kostenuebernahme@meditex.de

Name, Vorname

Tel.-Nr. & E-Mail für evtl. Rückfragen

Datum, Unterschrift des Patienten