

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 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	<input type="radio"/> Unterhemd <input type="radio"/> T-Shirt <input type="radio"/> Langarmshirt XS, S, M, L, XL, XXL	VAD-Rucksack	Heartbag <input type="radio"/> schwarz <input type="radio"/> beige <input type="radio"/> dunkelblau	Heartcase (BIVAD-geeignet) <input type="radio"/> grau <input type="radio"/> blau <input type="radio"/> grün <input type="radio"/> silber <input type="radio"/> rot <input type="radio"/> schwarz/reflektor	Heartcase Trekking (BIVAD-geeignet) <input type="radio"/> grau <input type="radio"/> blau <input type="radio"/> grün <input type="radio"/> silber <input type="radio"/> rot <input type="radio"/> schwarz/reflektor
VAD-Kleidung zum Tragen des Systems	<input type="radio"/> Unterhemd «Active» <input type="radio"/> Unterhemd «Active pro» <input type="radio"/> T-Shirt «Active» <input type="radio"/> T-Shirt «Active pro» XS, S, M, L, XL, XXL <input type="radio"/> Weste S, M, L, XL	VAD-Hüftgurt (Zubehör für Heartcase)	---	<input type="radio"/> Hüftgurt S, M, L	

Datum, Unterschrift des Arztes / Praxisstempel

Einverständniserklärung
 Ich bin damit einverstanden, dass die ärztliche Bescheinigung, der Bescheid über die 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