

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Geb.-frei	Name, Vorname des Versicherten							
Geb.-pfl. noctu								
Sonst.								
Unfall								
Arbeits-unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status					
	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig	Datum					

Antrag auf Kostenübernahme für ein Iontophorese-Heimtherapiegerät

Hilfsmittel-Verzeichnis-Nr. 09.30.01.0 (Konstantstrom)
Hilfsmittel-Verzeichnis-Nr. 09.30.01.1 (gepulster Strom)

Anschrift der Krankenkasse:

Krankenkasse	
Ansprechpartner	
Straße / Postfach	
PLZ Stadt	
Telefon	
Fax	
E-Mail	

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse:

Diagnose:

- Hyperhidrosis manuum (Hände)
 pedum (Füße)
 axillaris (Achseln)

Therapieform/-gerät:

- Konstantstrom
 gepulster Strom

Zubehör für die Achselbehandlung:

- 1 Paar Spezialelektroden
inkl. Schwammtaschen

Der oben genannte Patient ist an Hyperhidrosis erkrankt. Die Therapie der Wahl ist die Leitungswasser-Iontophorese, da Lokaltherapeutika nicht ausreichend wirken und innerlich anzuwendende Medikamente nicht indiziert sind. Zur Aufrechterhaltung des Therapieeffektes ist eine Langzeitbehandlung ein- bis dreimal wöchentlich notwendig.

In einer Initialtherapie wurde obiger Patient bereits erfolgreich bei uns behandelt, womit in diesem Fall die Wirksamkeit und Verträglichkeit der Iontophorese-Therapie bestätigt wurde. Die Versorgung des Patienten mit dem oben angekreuzten Gerätetyp und optionalem Zubehör ist medizinisch notwendig und wirtschaftlich sinnvoll.

Nach unseren Erfahrungen hat lediglich die Leitungswasser-Iontophorese als konservative Therapiemethode überzeugt. Bei diesem Verfahren werden mit Hilfe von hydroelektrischen Bädern Gleich- oder Pulsströme durch die Haut der Handflächen und Fußsohlen bzw. im axillären Bereich geleitet. Nach einer Initialtherapie von 10 – 15 Behandlungen, die mindestens dreimal wöchentlich durchgeführt werden, wird eine reversible Hemmung der Schweißdrüsenüberfunktion erzielt, wobei als Ziel eine in Eigenkontrolle durch den Patienten durchgeführte Heimtherapie angestrebt wird. Je nach Krankheitsbild und individuellen Voraussetzungen wird zwischen zwei Therapievarianten, Konstantstrom und gepulstem Strom gewählt.

(Datum, Unterschrift des Arztes)

Vertragsarztstempel

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit beantrage ich gemäß beiliegendem Kostenvoranschlag die Übernahme der Beschaffungskosten für das mir verordnete Hilfsmittel. Eine Lieferung durch www.iontophorese.de würde ich sehr begrüßen. Dieser Anbieter besticht durch sehr guten Kundensupport und Betreuung in einem eigenen Internetforum und schnellste Lieferung.

Des Weiteren garantiert dieser Anbieter entspanntes Verhalten im etwaigen Garantiefall, mit auf Wunsch kostelloser Stellung von Leihgeräten während der Reperaturzeiten.

Zudem bietet er Ihnen als Kasse eine herstellerunabhängige kostenlose Beratung. Geliefert werden kann daher prinzipiell jedes zugelassene Iontophoresegerät. Somit ist der höchste Kosten Nutzen Faktor für mich als Patienten und Sie als Kasse gewährleistet. Dieser Anbieter ist VdAK zugelassen und hat eine eigene IK-Nummer. Info und Angebot unter:

Bindner Medizintechnik der Iontophoresespezialist <http://www.iontophorese.de>

Bindner Markus, Bismarckstr.20, 79331 Teningen, Tel: 07641 936030, Fax: 07641 9593766, Mail: info@iontophorese.de

Datum, Unterschrift des Patienten

--