

Krankenkasse bzw. Kostenträger	BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Gebührl. frei	6	7	8	9		
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten					
noctu	geb. am					
Sonstige	Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status					
Unfall	Vertragsarzt-Nr.      VK gültig bis      Datum					
Arbeits- unfall	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)					

Zuzahlung	Gesamt-Brutto				
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor		Taxe		
1. Verordnung					
2. Verordnung					
3. Verordnung					

# Antrag auf Kostenübernahme für ein Iontophorese- Therapie-Heimgerät

(Galvano-Therapiegerät  
zur Heimbehandlung der  
Hyperhidrosis)

**Ärztliche Verordnung zur  
Vorlage bei der Krankenkasse**

Anschrift der Krankenkasse:

Ansprechpartner
Straße / Postfach
PLZ Stadt
Telefon
Fax

aut idem	
aut idem	
aut idem	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!	Abgabedatum in der Apotheke
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Unterschrift des Arztes

## Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse:

### Diagnose:

- Hyperhidrosis  manuum   
 pedum   
 axillaris

### Therapieform /-gerät:

- Gleichstrom  
 Pulsstrom  
 Pulsstrom variabel (VPS)

### Zubehör:

- Gesichtsmaske  
 Sonderapplikator Nacken  
 Sonderapplikator Rücken

### An die Krankenkasse:

Der oben genannte Patient ist an Hyperhidrosis erkrankt. Die Therapie der Wahl ist die Leitungswasser-Iontophorese, da Lokaltheraeutika 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 einem entsprechenden Iontophorese-Gerät ist medizinisch notwendig und wirtschaftlich sinnvoll

\_\_\_\_\_ (Datum, Unterschrift des Arztes)

Vertragsarztstempel
---------------------

Hiermit beantrage ich gemäß beiliegendem Kostenvoranschlag die Übernahme der Kosten für das mir verordnete Hilfsmittel (Iontophorese-Therapiegerät). Die Behandlung ist zur Linderung meiner Beschwerden nachweislich medizinisch notwendig.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Firma **Bindner Medical - Markus Bindner Bismarckstrasse 20 - 79331 Teningen** 07641 95 93 76-0 obige Daten und Angaben zur Erstellung eines Kostenvoranschlages bei meiner Krankenkasse und im Fall der Genehmigung zur Belieferung eines Hilfsmittels gemäß der Datenschutzrichtlinie unter <https://www.iontophorese.de/datenschutz.html> nutzen und speichern darf. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum, Unterschrift des Patienten
-----------------------------------