

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

UV-Bestrahlungsgerät

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Anschrift der Krankenkasse:

Krankenkasse	
Ansprechpartner	
Straße / Postfach	
PLZ Stadt	
Telefon	
Fax	

An die Krankenkasse:

Der oben genannte Patient leidet an einer schweren

Psoriasis Neurodermitis Vitiligo Akne Sonstiges: _____
(zutreffendes bitte ankreuzen!)

Die Therapie der Wahl ist eine UV-Heimbestrahlung unter regelmäßiger Kontrolle des behandelnden Arztes. Es ist eine erhebliche Belastung im beruflichen und privaten Bereich gegeben. In einer Initialtherapie wurde obiger Patient bereits erfolgreich bei uns behandelt, womit in diesem Fall die Wirksamkeit und Verträglichkeit mit dem medisun-Gerät von Schulze & Böhm bestätigt wurde.

Zur Aufrechterhaltung des Therapieeffektes ist eine Langzeitbehandlung erforderlich. Die Versorgung des Patienten mit dem unten angekreuzten Gerät ist medizinisch notwendig und wirtschaftlich sinnvoll. Daher befürworte ich, dem Patienten ein Heimbestrahlungsgerät zur Verfügung zu stellen und die Kosten zu übernehmen.

Anwendungsbereich:

- UV-Kamm** (medisun-Psori-Kamm) **Hand/Fuß-Gerät** (medisun HF-54)
 Teilkörper (medisun 250 Fluter) **Ganzkörper** (medisun 700 Fluter)

Ausführung: **UV-A** **UV-B / 311 nm** (zutreffendes bitte ankreuzen!)

Der Patient hat für dieses Gerät die vorgeschriebene Einweisung gemäß § 5 Abs. 2 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) erhalten. Die Versorgung der Patienten mit einem „Alternativgerät“ kann ich aufgrund des dann fehlenden Nachweises der Wirksamkeit und der nicht durchgeführten Einweisung nicht befürworten. Geeignete Geräte sind erhältlich von der

Schulze & Böhm GmbH, Hermülheimer Str. 10, D-50321 Brühl
Tel. 02232 / 57998-0, Fax 02232 / 57998-11 oder 57998-12, IK-Nr. 590 533 538

(Datum, Unterschrift des Arztes)

Vertragsarztstempel

* Die Schulze & Böhm GmbH ist laut Zulassungsempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 126 Abs. 2 SGB V zur Abgabe von Geräten zur Heimbehandlung von Versicherten berechtigt.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich gemäß beiliegendem Kostenvoranschlag die Übernahme der Beschaffungskosten für das mir verordnete Hilfsmittel (medisun-Therapiegerät). Die Behandlung ist zur Heilung/Linderung meiner Beschwerden nachweislich medizinisch notwendig (siehe oben).

In Erwartung Ihrer baldigen schriftlichen Antwort verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift des Patienten