

Gebühr befreit	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
	Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten	
noctu		geb. am	
Sonstiges			
Unfall	Kassen-Nr:	Versicherten-Nr:	Status
	Betriebsstätten-Nr:	Arzt-Nr:	Datum
Arbeits- unfall	BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff
	6	7	8
		Spez. Bedarf	9

Antrag auf Kostenübernahme für ein Iontophorese-Heim-Therapie-Gerät

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

dem obengenannten Patienten empfehle ich dem vorgenannten Patienten folgendes Gerät

- Galvan DE 20**
zur Leitungswasseriontophorese, Ausgangsleistung von
- PS 0 - 30 mA
- GS 0 - 20 mA

zur Heimbehandlung zu überlassen.

Der Patient/Patientin leidet unter folgender Indikation

.....

und alle anderen durchgeführten Therapien

.....

führen nicht zu den gewünschten Therapieerfolgen. Nachdem der/die Patient(in) auf die Probebehandlungen sehr gut angesprochen hat, halte ich den Einsatz dieses oder eines technisch gleichwertigen Gerätes für eine sehr gute Therapiemöglichkeit.

Der/die Patient(in) ist in die Handhabung der Iontophoresebehandlung eingewiesen worden, ein Gerät kann bei der Firma

AAM GmbH, Tiefentalstrasse 2, D 78098 Triberg-Nussbach
Tel.: 07722 866622, Fax: 07722 866693, E-Mail: dold@aam-med.com

bezogen werden.

Die Verordnung des Gerätes soll

	zuerst zur Miete für	<input type="radio"/> 3 Monate
	zur Mietverlängerung von	<input type="radio"/> 2 Jahren
	Dauerverordnung	<input type="radio"/> erfolgen.

Ich bitte um Übernahme der Kosten für die von mir verordnete Therapie.

.....
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift des Patienten)

.....
(Stempel und Unterschrift des Arztes)