

# Medizinische Indikation zur Vorlage bei der Krankenkasse

Patienten und Krankenkassendaten (bitte vollständig ausfüllen):

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Straße:</b>	<b>Geb. Datum:</b>
<b>PLZ/Ort:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>Krankenkasse:</b>	<b>Versichertenrnr:</b>
<b>Zuzahlungsbefreiung:</b>	<b>MitarbeiterIn:</b>

Sehr geehrte Damen und Herren,

der o.a. Patient befindet sich wegen Erkrankung mit Folge einer erektilen Dysfunktion seit dem ..... in meiner Behandlung. Während der Behandlung zeigte sich, dass die Erektionsstörung mit der Anwendung eines Erektionssystems erfolgreich zu therapieren ist.

**Seriennummer:** .....

- Verordnung eines ..... **Vakuumerektions-Systems**  
 Verordnung eines **Venoseal**

**Erektile Dysfunktion aufgrund von (organische Ursache):**.....

**Bisherige Behandlung:**

.....

Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass er eine gesetzlich festgelegte Patientenzuzahlung für das Hilfsmittel in Höhe von 10 Euro zu leisten hat. Über diesen Betrag geht dem Patienten eine gesonderte Rechnung zu.

Der Patient hat sich nach erfolgreicher Probephase für diese Therapie entschieden. Vorbehaltlich Ihrer Entscheidung ist das **Vakuumerektions-System** dem Patienten bereits überlassen worden.

- Das verordnete **System** wurde dem Patienten bereits ausgehändigt

.....

**Datum und Unterschrift des Patienten**

- Das verordnete **System** wird durch den Leistungserbringer direkt an den Patienten ausgeliefert.  
 Das verordnete **System** wird durch den Leistungserbringer an den Arzt geliefert, der das System an den Patienten weiterleitet.

Das **verordnete System** bedeutet für den Patienten eine praktische und komplikationslose Anwendung, gerade bei oben angezeigten organischen Ursachen der erektilen Dysfunktion. Mit dem **Vakuumerektions-System** wird in einem Zylinder ein Vakuum erzeugt und dadurch das Blut in die Schwellkörper gezogen. Ein spezieller, patentierter Spannungsring, der auch in den meisten Fällen eine Ejakulation ermöglicht, verhindert den Rückfluss des Blutes. Ich bitte um Übernahme der Kosten gemäß beiliegendem Kostenvoranschlag des Leistungserbringers.

\_\_\_\_\_  
**(Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes)**

**Vakuuum - Erektions - Systeme**