

# Medizinische Indikation zur Vorlage bei der Krankenkasse

Patienten und Krankenkassendaten (bitte vollständig ausfüllen):

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

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.

Chargenr: [ ]

- 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)**

## Einverständniserklärung privater Eigenanteil

Ich bin mit der Zahlung meines privaten Eigenanteils in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR (brutto) für das höherwertigere Therapiegerät „Osbon ErecAid“ einverstanden.

Eine eventuell anfallende gesetzliche Zuzahlung in Höhe von 10,00 € brutto, entsprechend meinem Versichertenstatus, wird separat in Rechnung gestellt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

## Kostenübernahmeerklärung

**ausschließlich für Privatversicherte**

Ich wurde über die Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ € inkl. gesetzl. MwSt. des mir verordneten Systems (siehe Vorderseite) informiert.

Auf eigenen Wunsch erhalte ich das Therapiesystem mit sofortiger Wirkung, ohne dass zuvor eine Kostenübernahmebestätigung bei meiner privaten Krankenversicherung eingeholt wurde.

Die Rechnungsstellung erfolgt durch Medizintechnik Heise direkt an meine Person. Der Rechnungsbetrag ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum durch meine Person zu begleichen. Sollten die Kosten dieser Heimtherapie nicht durch meine private Krankenversicherung/ Beihilfe übernommen werden, so bestehen meinerseits keine Ansprüche zur Kürzung oder Stornierung der Rechnung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient