

|                                         |                  |         |
|-----------------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger          |                  |         |
| Name, Vorname, Adresse des Versicherten |                  | geb. am |
| Kassen-Nr.                              | Versicherten-Nr. | Status  |
| Betriebsstätten-Nr.                     | Arzt-Nr.         | Datum   |

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

für Zubehör von Herzunterstützungssystemen  
Zur Vorlage bei der Krankenkasse.

Und zur Einreichung bei:  
MediTex® Medizinische Funktionswäsche GmbH  
An den Griebensollen 6, 18069 Rostock  
Tel.: 0381/8172 9508, Fax: 0381/4445 3460  
E-Mail: kostenuebernahme@medi-tex.de

Der oben genannte Kunstherz-Patient wurde mit folgendem Herzunterstützungssystem versorgt:

☐ HeartWare    ☐ HeartMate    ☐ BrioVAD    ☐ Sonderanfertigung: extra lange Gurte

Bemerkung \_\_\_\_\_

Der oben genannte Patient leidet an:

☐ Herzinsuffizienz    ☐ Schmerzen in der Schulterregion  
☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Das dauerhafte Tragen von Herzunterstützungssystemen mit einem Gewicht von bis zu 4 kg kann zu erheblichen körperlichen Belastungen und Folgeproblemen führen. Durch geeignete Tragesysteme lassen sich relevante Sekundärkomplikationen wirksam reduzieren. MediTex®-Produkte ermöglichen eine stabile und ergonomische Positionierung des VAD-Systems, verbessern den Tragekomfort und tragen zur Vermeidung von Haltungsschäden infolge einseitiger Belastung bei. Die sichere Führung der Driveline aus der Kleidung sowie die feste Fixierung des Systems im Zubehör reduzieren Zugkräfte auf die Driveline, minimieren Irritationen und senken damit das Risiko drivelineassoziierten Infektionen. Zusätzlich wird die Bewegungsfreiheit des Patienten verbessert.

Der Patient benötigt folgende LVAD-Funktionskleidung:

*Mehrfachauswahl möglich, Größe unterstreichen*

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VAD-Kleidung mit LVAD-Taschen (zum Tragen des Systems)</b><br><input type="checkbox"/> Unterhemd «Active pro»<br><input type="checkbox"/> T-Shirt «Active»<br>XS, S, M, L, XL, XXL<br><input type="checkbox"/> 2er-Set <input type="checkbox"/> 3er-Set<br><input type="checkbox"/> Weste<br>S, M, L, XL | <b>VAD-Rucksack</b> | <b>Heartbag</b><br>Frühmobilisation<br><input type="checkbox"/> schwarz<br><input type="checkbox"/> beige<br><input type="checkbox"/> dunkelblau | <b>Heartcase</b><br>weiterführende Mobilisation<br><input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> blau<br><input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> silber<br><input type="checkbox"/> rot <input type="checkbox"/> schwarz/reflektor | <b>Heartcase Trekking</b><br>sportliche/ aktive Patienten<br><input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> blau<br><input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> silber<br><input type="checkbox"/> rot <input type="checkbox"/> schwarz/reflektor |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     | <b>VAD-Hüftgurt</b><br><input type="checkbox"/> Zubehör für «Heartcase» & «Heartcase Trekking»<br>S, M, L                                        |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                      |

★

|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Datum, Unterschrift des<br>Arztes/Wundversorgers & Praxisstempel | <b>Einverständniserklärung</b><br>Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beantragung der Kostenübernahme erforderlichen Unterlagen, insbesondere die ärztliche Bescheinigung, von meinem behandelnden Arzt an MediTex übermittelt werden. Ich ermächtige MediTex, die zur Beantragung der Kostenübernahme erforderlichen Unterlagen bei meiner Krankenkasse einzureichen und mit dieser die für die Bearbeitung notwendigen Informationen auszutauschen. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Krankenkasse Informationen zum Bearbeitungsstand sowie den Bescheid über die Kostenübernahme einschließlich einer Kopie des Bescheides an MediTex übermittelt. Die Verarbeitung und Übermittlung der Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck der Beantragung der Kostenübernahme, der Versorgung mit der beantragten Patientenbekleidung sowie der Abrechnung. Hierfür kann ein externes Abrechnungszentrum beauftragt werden. |
|                                                                  | Name, Vorname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                  | Tel.-Nr. & E-Mail für evtl. Rückfragen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                  | Datum, Unterschrift des Patienten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |