

Frau/Herr: _____

Datum: _____

Straße: _____

Plz/Ort: _____

Vers-Nr: _____

Ärztliche Bestätigung

einer schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigung, die mit denen der Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie vergleichbar und nicht auf dieser gelistet ist, zur Weiterleitung an den

Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Diagnose/n: _____

Pflegegrade: ja Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5
 nein

Merkzeichen des Schwerbehindertenausweises: ja nein

Wenn ja: G aG B H BI GI

Beginn der Erkrankung: _____.

Bisher wurde die/der Patientin/Patient mit folgenden Heilmitteln versorgt.

| Heilmittel | Zeitraum von | Zeitraum bis | außerhalb des Regelfalls (Ja / Nein) | Indikations-schlüssel, gem. Heilmittel-Katalog |
|------------|--------------|--------------|--------------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |

Bei den aufgeführten Indikationen liegt ein gleichbleibender Therapiebedarf bereits über ein Jahr vor, der fortlaufend dokumentiert wurde. Ferner ist ein gleich bleibender langfristiger Behandlungsbedarf für mindestens ein Jahr vorhanden.

Dieser ärztlichen Bestätigung liegt eine Heilmittelverordnung mit medizinischer Begründung (wie Verordnung außerhalb des Regelfalls) bei.

Praxisstempel/Unterschrift