

Antrag auf Kostenübernahme für ein Iontophorese-Therapie-Heimgerät

(Galvano-Therapiegerät zur Heimbehandlung der Hyperhidrosis)

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Anschrift der Krankenkasse:

Ansprechpartner
Straße / Postfach
PLZ Stadt
Telefon
Fax

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status
Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Hilfs- BVG 6 7 8 9	Impf- mittel 8	Spr- stoff 9	St- Bedarf 9	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Zuzahlung	Gesamt-Brutto				
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe			
1. Verordnung					
2. Verordnung					
3. Verordnung					

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

Unterschrift des Arztes

Abgabedatum in der Apotheke

aut idem
aut idem
aut idem

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
-----------	--------------------------------------

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse:

Diagnose:

- Hyperhidrosis manuum
 pedum
 axillaris

Therapieform /-gerät:

- Gleichstrom (bis 60 V / 35 mA)
 Pulsstrom (bis 60 V / 35 mA)

prov. Hilfsmittel-Pos.Nr.: 09.30.01.0000

Ausstattung:

- Standard (Hand-/Fußbehandlung)
 AX-Ausstattung (Achselbehandlung)
 AX-Zusatz (Hand-/Fuß- und Achselbehandlung)

ggf. Begründung Pulsstrom:

- Zubehör:** Ergowannen (einzeln) Set Duo mit Ergowannen (zur gleichzeitigen Therapie der Hände und Füße)
 Gesichtsmaske Sonderapplikator Nacken Sonderapplikator Rücken

An die Krankenkasse:

Der oben genannte Patient ist an Hyperhidrosis erkrankt. Die Therapie der Wahl ist die Leitungswasser-Iontophorese, da Lokaltheraeutika nicht ausreichend wirken und innerlich anzuwendende Medikamente nicht indiziert sind. **Zur Aufrechterhaltung des Therapieeffektes ist eine Langzeitbehandlung ein- bis dreimal wöchentlich notwendig.**

In einer Initialtherapie wurde obiger Patient bereits erfolgreich bei uns behandelt, womit in diesem Fall die Wirksamkeit und Verträglichkeit der Iontophorese-Therapie mit dem HIDREX-Gerät bestätigt wurde. Beim Patienten gemessene Werte des Hautwiderstandes und der angelegten Spannung machen die oben angekreuzten Stromwerte erforderlich. Die Versorgung des Patienten mit einem entsprechenden Gerät ist medizinisch notwendig und wirtschaftlich sinnvoll.

(Datum, Unterschrift des Arztes)

Vertragsarztstempel

Bitte beachten Sie, dass wir für die Bearbeitung Ihres Auftrags die Einwilligung in unsere Datenschutzerklärung auf der Rückseite benötigen!

! Wichtig ! Nicht Vergessen !

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich gemäß beiliegendem Kostenvoranschlag die Übernahme der Kosten für das mir verordnete Hilfsmittel (HIDREX-Therapiegerät). Die Behandlung ist zur Heilung / Linderung meiner Beschwerden nachweislich medizinisch notwendig (siehe oben).

In Erwartung Ihrer baldigen schriftlichen Antwort verbleibe ich mit freundlichen Grüßen.

Datum, Unterschrift des Patienten

Einwilligungserklärung in die Erhebung und Verarbeitung von Daten durch die HIDREX GmbH nach dem Datenschutzgesetz

Die erhobenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummern, E-Mail Adresse, Bankdaten, Angaben zum Patienten, Angaben zum Gesundheitszustand, Angaben zum behandelnden Arzt, werden von HIDREX gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden.

HIDREX versichert hiermit, dass die von uns durchgeführte Erhebung und Verarbeitung der Daten auf der Grundlage geltender Gesetze erfolgt, für das Zustandekommen des Vertragsverhältnisses notwendig ist und ausschließlich zur Erfüllung des Vertrages verwendet wird. Die Weitergabe an Dritte (z. B. Krankenkassen, Abrechnungsstellen) erfolgt nur in dem Umfang, der zur Erfüllung des Vertrages notwendig oder gesetzlich vorgeschrieben ist.

Dauer der Speicherung

Ihre Daten werden nach Beendigung des Vertrages im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen, gelöscht. Zur Rechtsverteidigung möglicher Schadenersatzansprüche können sich die Löschrufen entsprechend verlängern.

Rechte zur Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Auf Anfrage erhalten Sie eine detaillierte Auskunft über den Umfang der von uns vorgenommenen Datenerhebung. Sie können die Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten beantragen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Richten Sie Ihren Widerspruch oder Anfrage per Brief, per E-Mail oder per Fax an die untenstehende Adresse.

Sie können auch eine Datenübertragung anfordern, wenn Sie eine Übertragung Ihrer Daten an eine dritte Stelle wünschen. Hierdurch können Kosten entstehen.

Folgen des Nicht-Unterzeichnens

Sie haben das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen. Da die Erfüllung des Vertrages jedoch ohne die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten nicht möglich ist, käme bei einer Nichtunterzeichnung der Vertrag nicht zustande.

Kontakt

Beschwerden, Auskunftsanfragen und andere Anliegen richten Sie an folgende Stelle:

HIDREX GmbH

Datenschutzbeauftragter – Marc Overesch

Otto-Hahn-Straße 12

42579 Heiligenhaus

E-Mail: info@hidrex.de

Fax: 02056 - 98 11 31

Zustimmung durch den Unterzeichner

Ich stimme der Erhebung und der Verarbeitung meiner Daten wie in dieser Einwilligungserklärung festgelegt durch die HIDREX GmbH zu. Ich wurde über meine Rechte belehrt.

Name: _____ Vorname: _____

Bitte in Druck- oder Maschinenschrift ausfüllen

Datum, Unterschrift (Patient oder gesetzlicher Vertreter)