

Ärztliche Bescheinigung (zur Vorlage bei der Krankenkasse)

Geb	AOK	LKK	BKK IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV)	BVS	mittei	Stoff	Bedarf	Pflicht	Apotheken-Nr.	IK
								6	7	8	9			
Geb	Name, Vorname des Versicherten geb.am							Zuzahlung Gesamt-Brutto						
								.;		: : : :				
Son								Arzneimittel-/Hilfsmittel-			Fakt	Taxe		
stige														
	Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status									
Uni														
all	Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum \			/ / A i i i						
Arb														
stät	Vertragsarztstempel													

Kostenübernahme für Softsan® Protect Plus Encasings (Milbenschutzbezüge für Hausstauballergiker)

Patient:.

Geburtsdatum:.

O.g. Patient/in leidet an einer durch allergologische Testverfahren nachgewiesenen Hausstaubmilbenallergie.

Bei dem vorliegenden Krankheitsbild handelt es sich um

- eine allergische Rhinitis / Konjunktivitis
- ein allergisches Asthma bronchiale
- eine atopische Dermatitis.

Nach heutigem allergologischen Kenntnisstand kommt der Allergenkarenz, d.h. der Vermeidung des Allergenkontaktes, sowohl zur Unterstützung einer etwaigen spezifischen Immuntherapie als auch zur Linderung der Krankheitssymptomatik entscheidende Bedeutung zu.

Hauptallergenquellen sind nach wissenschaftlichen Erkenntnissen Matratze, Kopfkissen und Bettdecke. Die wichtigste und wirksamste Sofortmaßnahme ist daher das Umhüllen der Bettwaren mit geeigneten Zwischenbezügen (sogenannten Encasings). Dadurch werden die Symptome der Allergie verringert, das Fortschreiten der Krankheit verhindert und der Medikamentenverbrauch reduziert.

Als geeignet und zweckmäßig sind milben- und milbenallergendichte Zwischenbezüge anzusehen, deren therapeutischer Nutzen durch das TÜV-Zertifikat des TÜV Rheinland, belegt wird.

Softsan® erfüllt diese Anforderungen. Hinweis: Encasings sind Zwischenbezüge. Sie sind als krankheitsspezifische Sonderausgaben anzusehen.

- Aus medizinischen Gründen ist auch die Ausstattung des Partnerbettes mit Encasings erforderlich.

Wir bitten daher um Kostenübernahme.

Stempel/Unterschrift des Arztes / Datum

___Anlage(n)