

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Gebühr pfl.			
noctu			
Sonstige			
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Antrag auf Kostenübernahme für ein Iontophorese- Heimtherapiegerät

**Ärztliche Verordnung
zur Vorlage
bei der Krankenkasse**

Der Patient/Patientin leidet unter folgender Indikation

- Hyperhidrosis manuum
- Hyperhidrosis peduum
- Hyperhidrosis axillaris
- Hyperhidrosis facialis (zusätzliches Zubehör* notwendig)

und alle anderen durchgeführten Therapien führten nicht zu den gewünschten Therapieerfolgen. Nachdem der/die Patient(in) auf die Probebehandlungen sehr gut angesprochen hat, halte ich den Einsatz dieses oder eines technisch gleichwertigen Gerätes für eine sehr gute Therapiemöglichkeit.

Dem oben genannten Patienten empfehle ich folgendes Gerät:

Galvan DE 20 zur Leitungswasseriontophorese

stufenlos regelbar von 0-30mA (Pulsstrom) oder 0-20 mA (Gleichstrom) zur Heimbehandlung der Hyperhidrose zu überlassen.

Inklusive Standardzubehör (Hand-, Fuß- und Achselektroden zur Behandlung der Hyperhidrosis manuum, Hyperhidrosis peduum sowie Hyperhidrosis axillaris.

*** Zubehör**

- 1 Gesichtselektrode** (nur bei Hyperhidrosis facialis)
- 1 Kopfelektrode** (nur bei Hyperhidrosis facialis)

Der/die Patient(in) ist in die Handhabung der Iontophoresebehandlung eingewiesen worden und ein Gerät kann bei folgender Firma bezogen werden:

AAM GmbH, Wolfsmatten 1, D 77955 Ettenheim
Tel: 07822 / 4039500 Fax: 07822 / 4039499 e-mail: info@aam-med.de

Die Verordnung des Gerätes soll zuerst zur Miete für 3 Monate
 zur Mietverlängerung von 2 Jahren
 Dauerverordnung erfolgen.

Ich bitte um Übernahme der Kosten für die von mir verordnete Therapie.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Stempel und Unterschrift des Arztes