

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum			

Medizinische Indikation

zur Vorlage bei der Krankenkasse / MDK

Telefon Patient: _____

Hiermit empfehle ich die Therapie mit der Vakuum-Erektionshilfe:

- InnoVital System** Hilfsmittel-Nr. 99.27.02.0003
- InnoVital Systems Catalyst** Hilfsmittel-Nr. 99.27.02.0002
- InnoVital Systems COMFORT** Hilfsmittel-Nr. 99.27.02.0015

Der Patient befindet sich seit dem _____ wegen einer Erektile Dysfunktion in meiner Behandlung.

Diagnose / Anamnese / Ursache der Erkrankung: _____

 _____ (weitere Angaben auf der Rückseite)

- Das Therapiesystem mit der Seriennummer _____ wurde dem Patienten durch den MPB ausgehändigt.
- Das Therapiesystem wird durch INNOCEPT direkt an den Patienten geliefert.

Der Patient hat sich für die Vakuumtherapie mit dem oben gekennzeichneten Therapiesystem entschieden (§ 2 Abs. 3 SGB V). Ich beurteile den Einsatz des von mir empfohlenen Systems, in dessen Handhabung der Patient eingewiesen wurde, als geeignetes Hilfsmittel. Der Patient ist psychisch und physisch in der Lage diese Therapie entsprechend meiner Anweisung durchzuführen. Der Vertrieb erfolgt durch INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH (Anschrift siehe oben).

- Hiermit bestätige ich den Erhalt des oben gekennzeichneten Therapiesystems und die Einweisung in dessen Handhabung (inkl. Gebrauchs-, Sicherheits- und Lieferhinweise) durch einen durch INNOCEPT autorisierten Medizinprodukteberater (MPB).

Das System wurde durch die Praxis / Klinik individuell für mich, aufgrund der bei mir vorliegenden, speziellen Symptomatik bei INNOCEPT bestellt und mir in einwandfreiem Zustand übergeben. Ich erkenne mit meiner Unterschrift, die auf der Rückseite benannten Gewährleistungshinweise / Eigentumsverhaltserklärung an. Ich habe mich für den Einsatz dieses Systems entschieden und werde es entsprechend der ärztlichen Anweisung einsetzen.

Ich wurde über die seit dem 01.01.2004 gültige Zuzahlungsregelung für Hilfsmittel (10% des Abgabepreises, mindestens 5 €, höchstens 10 €) für gesetzlich Versicherte informiert.

- Zuzahlungsbefreit

Ich willige ein, dass meine Daten an die Firma INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH zwecks gesetzlicher Rückverfolgbarkeit, Beratung und Ersatzteilservice weitergeleitet werden. Es wird ausgeschlossen, dass die Daten unbefugt Dritten zugänglich gemacht werden. Eine Ausnahme bildet die Weiterleitung an die Krankenkasse und unser Abrechnungszentrum.

Mit freundlichen Grüßen

Datum/Unterschrift/Stempel

Datum/Unterschrift Patient

Bei Verordnung für Privatpatienten bitte auch die Rückseite beachten!

Bitte diese Seite und die Rückseite vollständig ausfüllen!

Bitte unbedingt ausfüllen!

Angaben für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Klassifikation der Erektile Dysfunktion

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arterielle erektile Dysfunktion | <input type="checkbox"/> Endokrine erektile Dysfunktion |
| <input type="checkbox"/> Venöse erektile Dysfunktion | <input type="checkbox"/> Pharmakoinduzierte erektile Dysfunktion |
| <input type="checkbox"/> Neurogene erektile Dysfunktion | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

Bislang durchgeführte Therapien (Maßnahmen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aphrodisiaka | <input type="checkbox"/> Schwellkörper-Autoinjektionstherapie |
| <input type="checkbox"/> Hormone | <input type="checkbox"/> MUSE |
| <input type="checkbox"/> Apomorphin | <input type="checkbox"/> PDE5-Hemmer |
| <input type="checkbox"/> Keine | |
| <input type="checkbox"/> Abbruch der medikamentösen Therapie aufgrund hoher Nebenwirkungen: _____ | |

Erkrankungen und Operationen (Zeitpunkt der Erkrankung/OP: _____)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Z.n. TUR-Prostata |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Z.n. radikaler Prostatektomie |
| <input type="checkbox"/> Periphere arterielle Verschlusskrankheit | <input type="checkbox"/> Z.n. radikaler Zystektomie |
| <input type="checkbox"/> Hyperlipidämie | <input type="checkbox"/> Z.n. retroperitonealer Lymphadenektomie |
| <input type="checkbox"/> Intraspinale Prozesse | <input type="checkbox"/> Z.n. Aorten-Bypass Operation |
| <input type="checkbox"/> Z.n. apoplektischem Insult | <input type="checkbox"/> Z.n. Rektosigmoidoperationen |
| <input type="checkbox"/> Z.n. Myokardinfarkt | <input type="checkbox"/> Z.n. Nierentransplantationen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

Medikamentenanamnese

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antiallergika | <input type="checkbox"/> Diuretika |
| <input type="checkbox"/> Antiarrhythmika | <input type="checkbox"/> Digitalis |
| <input type="checkbox"/> Antidiabetika | <input type="checkbox"/> Gichtmittel |
| <input type="checkbox"/> Antiepileptika | <input type="checkbox"/> Hypnotika / Sedativa |
| <input type="checkbox"/> Antihypertonika | <input type="checkbox"/> Lipidsenker |
| <input type="checkbox"/> Antihypotonika | <input type="checkbox"/> Parkinsonmittel |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerosemittel | <input type="checkbox"/> Schilddrüsentherapeutika |
| <input type="checkbox"/> Corticoide | <input type="checkbox"/> Urologika |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

Gewährleistungshinweise / Eigentumsvorbehaltserklärung für Privatversicherte

Ich wurde über die Kosten in Höhe von _____ € inkl. gesetzl. MwSt. des mir verordneten Systems (umseitig gekennzeichnet) informiert. Auf eigenen Wunsch erhalte ich das Therapiesystem mit sofortiger Wirkung, ohne dass zuvor eine Kostenübernahmebestätigung bei meiner privaten Krankenversicherung eingeholt wurde. Die Rechnungsstellung erfolgt durch INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH direkt an meine Person. Der Rechnungsbetrag ist innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsdatum durch meine Person zu begleichen. Sollten die Kosten dieser Heimtherapie nicht durch meine private Krankenversicherung / Beihilfe übernommen werden, so bestehen meinerseits keine Ansprüche zur Kürzung oder Stornierung der Rechnung.

Datum/Unterschrift Patient