

Vorschlag für Verordnung und Zusatz – Attest:

- Attestvorschlag zur Nutzung durch den verordnenden Arzt
- Zu ergänzen mit der entsprechenden Ärztlichen Verordnung

Ärztliche Bescheinigung (zur Vorlage bei der Krankenkasse)

Geb	AOK	LKK	BKK IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	LUV	BVS mit/le: Stoff Bedarf Pflicht Apotheken-Nummer/K
								6 7 8 9
Geb	NamB, Vorname des Versicherten geb am							Zuzahlung Gesamt-Brutto
							
Son stige								Arzneimittel-/Hilfsmittel- Fakt Taxe
	Kassen-Nr	Versicherten-Nr	Status					
Um								
Arb	Vertragsarzt-Nr	VK gültig bis	Datum I					(I A I I)
	Vertragsarztstempel							

Kostenübernahme für Encasings (Milbenschutzbezüge für Hausstauballergiker)

Patient:

Geburtsdatum:

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

Bei dem vorliegenden Krankheitsbild handelt es sich um
(Zutreffendes ankreuzen)

- 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 sowie das ECARF – Siegel sowie die Untersuchungen der Textilforschung Hohenstein, belegt wird.

Dormabest *envelope* und Dormabest *protect* Encasings bzw. Bettwaren erfüllen diese Anforderungen.

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

Wir bitten daher um Kostenübernahme.
Stempel/Unterschrift des Arztes / Datum
__ Anlage(n)