

# Kassenantragsformular

**Medizinische Indikation**  
zur Vorlage bei der Krankenkasse

## Patientin:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## Zuständige Krankenkasse:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Die Patientin befindet sich seit dem \_\_\_\_\_ wegen Belastungsinkontinenz, Beckenbodenmuskulaturschwäche nach Entbindungen sowie als unterstützende Maßnahme vor und nach Operationen in meiner Behandlung. Ich halte den Einsatz von VagiFit® Vaginalkonen zur Behandlung der Belastungsinkontinenz und zum Training der Beckenbodenmuskulatur nach Entbindungen für medizinisch erforderlich.

## Verordnung:

eines **VagiFit® (Hilfsmittelnummer: 15.25.19.0026)** zum Preis von **75,90 €** (inkl. 19% MwSt.).

Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_ Aktuelles Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Konfektionsgröße vor Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ Geburtstermin: \_\_\_\_\_

**Produktbeschreibung und klinische Prüfdaten:** [www.tomed.com](http://www.tomed.com)

## Indikationen/ Ursache der Erkrankung:

---

---

Ich bitte Sie um Übernahme der Verordnungskosten. Der Vertrieb erfolgt durch die Firma:

**Tomed GmbH**  
**Sperberweg 2 – 50858 Köln**  
**Tel: 0221 17067206 – Fax: 0221 17067207**

VagiFit® wurde der Patientin bereits ausgeliefert: \_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der Patientin

VagiFit® wird von Tomed an die Patientin nach Kassengenehmigung ausgeliefert.

\_\_\_\_\_  
Stempel, Datum, Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum, Genehmigungsvermerk der Krankenkasse