

Kassenantragsformular

Medizinische Indikation
zur Vorlage bei der Krankenkasse

SomnoCushion® Pro Rucksack zur Verhinderung der Rückenlage im Schlaf bei Schnarchen und leichter / mittelschwerer obstruktiver Schlafapnoe.

Patient / Patientin:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____ Telefon: _____

Zuständige Krankenkasse:

Name: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____ Telefon: _____

Der Patient / die Patientin befindet sich seit dem _____ wegen nächtlicher Atemaussetzer in meiner Behandlung. Die Polygraphie/ Polysomnographie zeigte, dass Atemaussetzer primär in Rückenlage auftreten. Lagerungshilfen verhindern die Rückenlage und regen zum Schlaf auf der Seite an. Studien haben gezeigt, dass bei Vermeidung der Rückenlage Schnarchen und obstruktive Schlafapnoe häufig deutlich reduziert werden können. Vor allem in Rückenlage fallen Unterkiefer und Zunge nach hinten, sodass die Zunge und das Weichteilgewebe die oberen Atemwege verengen.

Ich halte den Einsatz von SomnoCushion® Pro für medizinisch erforderlich und bitte hiermit um Bestätigung der Kostenübernahme in Höhe von EUR 164,90 (inkl. MwSt.).

SomnoCushion® Pro wird von der Tomed GmbH hergestellt, vertrieben und ausgeliefert.

- SomnoCushion® Pro** wurde bereits an den Patienten/ die Patientin ausgeliefert
- SomnoCushion® Pro** wird durch Tomed direkt an den Patienten/ die Patientin nach Kassengenehmigung ausgeliefert.

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift des Arztes

Empfangsbestätigung:

Ich bestätige, den SomnoCushion® Pro erhalten zu haben.

Datum, Unterschrift des Patienten/ der Patientin