

Kassenantragsformular

(Entwurf)

VagiFit® Vaginalkugeln

zur Behandlung der Belastungsinkontinenz und zum Training der Beckenbodenmuskulatur

Patientin:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ & Ort: _____ Telefon: _____

Krankenkasse: _____ KV-Nr.: _____

Die Patientin befindet sich seit dem _____ in meiner Behandlung.

Ich halte den Einsatz von VagiFit® für medizinisch erforderlich. Produktbeschreibung: www.tomed.com

Indikationen/ Ursache der Erkrankung:

Verordnung eines **VagiFit® (Hilfsmittelnummer: 15.25.19.0026)** zum Preis von _____ Euro.

Ich bitte Sie um Übernahme der Verordnungskosten.

Der Vertrieb erfolgt durch die Firma:

VagiFit® wurde der Patientin bereits ausgeliefert: _____
Datum, Unterschrift der Patientin

VagiFit® wird nach Kassengenehmigung ausgeliefert.

Stempel, Datum, Unterschrift des Arztes

Datum, Genehmigungsvermerk der Krankenkasse