Krankenkasse/Kostenträger

Anschrift

PLZ und Ort

Patient

Versichertennummer

Vorname und Name

Strasse und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon

Geburtsdatum

Antrag auf Kostenerstattung für endständige Wassersterilfilter

Antragsgrund:

Bei dem oben genannten Patienten ist eine/sind mehrere Wunden zu versorgen (siehe nachfolgende Wundbeschreibung). Diesen steht eine entsprechende Reinigung voran.

Gemäß der KRINKO Empfehlung darf für die (Wasser-) Spülung von Wunden nur sterile NaCl-/Ringer-Lösung oder 0,2µm gefiltertes Wasser verwendet werden (Kat II) („Anforderungen an die Hygiene bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten“, Bundesgesundheitsblatt 53:357-388, 2010).

Für den o. a. Patienten hat der behandelnde Arzt die Notwendigkeit zum Einsatz eines endständigen Wasserfilters bescheinigt (siehe beigefügtes Rezept). Da für dieses Produkt derzeit keine allgemeine Kostenerstattung durch die Krankenversicherung besteht, wird im Folgenden eine Einzelfallentscheidung erbeten.

Produktnamen: - Pall-Aquasafe™ Wassersterilfilter AQF42
 - Schnellkupplung mit Wasserstop für AQF42: SHO1/2MVN

Medizinprodukt Klasse: I

Produktbeschreibung:

Der Pall-Aquasafe™ Wassersterilfilter AQF42 bietet über einen Zeitraum von bis zu 31 Tagen sterilfiltriertes Wasser zur topischen Anwendung im Bereich der Wundreinigung. Die im Filterelement enthaltene doppellagige Supor-Membran schützt vor wassergebundener Kontamination durch Partikel und Erreger von Wundinfektionen einschließlich Legionellen und Pseudomonaden. Um das Risiko unbeabsichtigter Kreuzkontaminationen und retrograder Kontaminationen zu minimieren, enthält das Material für das Filtergehäuse Silber als verbessertes, nichtlösliches bakteriostatisches Additiv.

Die Filterinstallation erfolgt über eine Schnellkupplung, die einmalig bestellt werden muss. Eine Übersicht der Filtereigenschaften und der entsprechenden Schnellkupplungen ist diesem Antrag beigefügt.

Benötigte Produkte zur Wundreinigung

Bezeichnung	Regelmäßiger Austausch	Standzeit	PZN
Wassersterilfilter Pall-Aquasafe™ AQF42	Ja	bis zu 31 Tage	09308099
Schnellkupplung SHO1/2MVN	Nein	unbegrenzt	

Einsatzgebiet:

- Häuslicher Sektor
- Überleitung aus dem Krankenhaus (siehe Kontaktdaten)

Durchführung:

- Patient selbständig
- Private Pflegeperson/ambulante Pflege (siehe Kontaktdaten)
- Externer Wundberater (siehe Kontaktdaten)
- Häufigkeit der Versorgung lt. Verordnung: _____

Kontakt Daten:

Die folgenden Adressen sind nur auszufüllen, falls sie für die Antragstellung erforderlich sind:

Angehörige:

Name

Anschrift

PLZ und Ort

Telefon

Behandelnder Arzt:

Name

Anschrift

PLZ und Ort

Telefon

Pflegedienst:

Name

Anschrift

PLZ und Ort

Telefon

Externer Wundberater:

Name

Anschrift

PLZ und Ort

Telefon

Überleitendes Krankenhaus:

Name

Station/Behandelnder Arzt

Anschrift

PLZ und Ort

Telefon

Anamnese:

oder aktuelle Wunddokumentation (siehe Anlage)

Wunde besteht seit: _____

Rezidiv: nein ja, wievielfach _____

Wundart:

Dekubitus (Kategorie nach EPUAP): _____

Diabetisches Fußulcus (Kategorie nach Wagner/Armstrong): _____

Ulcus cruris venosum Ulcus cruris arteriosum Ulcus cruris mixtum

Verbrennung Exulcerierender Tumor Sekundär heilende Wunde

Sonstige: _____

Wundlokalisierung:

Therapierelevante Diagnose/n:

pAVK (nach Fontaine): _____ CVI (nach Widmer): _____

Polyneuropathie Sonstige: _____

Unterstützende Maßnahmen (z.B. Kompressionstherapie, orthopädische Schuhe, druckverteilende Hilfsmittel, etc.): _____

Wund- und therapiebedingte Einschränkungen:

Schwierigkeiten bei der persönlichen Hygiene Eingeschränkte Kleidungs-/Schuhauswahl

Mobilitäts-/Aktivitätseinschränkungen Abhängigkeit von Anderen/fremder Hilfe

Schlafstörungen Soziale Isolation Unangenehme Gerüche

Hohe Exsudatmenge Sonstige: _____

Schmerzen:

Stärke (VAS-Skala 0-10): _____

Weitere Angaben: _____

Aktuelle Wundbeurteilung

- oder aktuelle Wunddokumentation (siehe Anlage)
- aktuelles Wundfoto (siehe Anlage)

Wundgröße

Länge (cm): _____ Breite (cm): _____ Tiefe (cm): _____

Unterminierung:

nein ja, bei wie viel Uhr: _____ Tiefe (cm): _____

Wundgrund:

- Knochen Sehnen/Muskulatur Subkutangewebe
- Nekrose Fibrin Granulation Epithelisierung
- Sonstiges: _____

Wundrand:

- intakt mazeriert ödematös Einblutungen
- hyperkeratös nekrotisch Sonstiges: _____

Wundumgebung:

- intakt mazeriert gerötet trocken/schuppig
- ödematös Risse Sonstiges: _____

Entzündungszeichen:

- ja nein

Wundgeruch:

- ja nein

Exsudatmenge/-beschaffenheit:

- keine wenig mittel viel
- serös blutig/serös schleimig trübe Farbe: _____

Wundreinigung:

- mechanisch autolytisch chirurgisch enzymatisch
- Sonstige: _____

Wundspülung, womit: _____

Wundtherapie, womit (Produktname/-größe):

Verbandintervall: _____ Tag/e

Vorteile des Einsatzes eines endständigen Wassersterilfilters:

Materialkosten können reduziert werden, Begründung*:

Weitere Vorteile:

- verbesserter Spüldruck frei wählbare Temperatur intensivere mechanische Reinigung
 Sonstige: _____

* Unkonservierte Sterillösungen zur Wundreinigung/-spülung bestimmter Firmen in der Anwendung angemessenen Mengen zur einmaligen Applikation sind durch Ausnahmeentscheidung des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) gemäß Arzneimittel-Richtlinie Anlage 12, nach § 31 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V vom 18.12.2008 zuletzt verlängert bis 2017 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig.

Leistungsumfang durch medishop:

Das Produkt wird mit einer anwenderfreundlichen und leicht verständlichen Anleitung ausgeliefert. Ein Anwendungsexperte von medishop steht als Ansprechpartner telefonisch oder persönlich dem Patienten/Pflegeeinrichtung für mögliche Fragen und ergänzende Erläuterungen zur Verfügung.

Kontakt medishop:

Herr Jürgen Single
medishop – Medizinischer Handel Single
Schulze-Delitzsch-Str. 15
71706 Markgröningen
Tel.: +49 7145 991 666-0
Fax: +49 7145 991 666-9
E-Mail: service@medishop.de

Einverständniserklärung:

Ich, _____ (Patient), bin damit einverstanden, dass mein Angehöriger/betreuender Arzt/Pflegedienst/Externer Wundberater den vorliegenden Antrag in meinem Namen bei der Krankenkasse einreicht.

Unterschrift

Antrag auf Kostenerstattung:

Ich bitte um Erstattung der oben angeführten Materialkosten über _____ Euro.

Patient/Betreuer

Ort/Datum

Unterschrift

Bankverbindung:

Konto-Inhaber: _____

Bankname: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Anlagen

- Rezept
- Kaufbeleg
- Produktinformation über Wassersterilfilter und Schnellkupplung
- ggf. aktuelle Wunddokumentation
- aktuelles Wundfoto