

**ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG
zur Vorlage bei der Krankenkasse**

Betr.: Herrn Max Mustermann geb. xx.xx.xxxx
wohnhaft in 00000 Musterhausen, Musterstraße 1
Versicherungsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

Frau/Herr leidet an einer terminalen, dialysepflichtigen Niereninsuffizienz und benötigt eine lebenserhaltende Nierenersatztherapie. Diese erfolgt aus medizinischen Gründen als Peritonealdialyse mit zurzeit 3 x wöchentlicher IPD Behandlung im Dialysezentrum, da Frau/Herr....den An- und Abschluss an das PD Gerät nicht selbständig durchführen kann.

Zur Steigerung der Lebens- und Dialysequalität soll die Peritonealdialyse zukünftig 7 x wöchentlich als CCPD im häuslichen Umfeld erfolgen. Eine Umstellung der Dialyseform auf Hämodialyse im Zentrum zur Verbesserung der Dialyseleistung ist medizinisch nicht indiziert. Eine dafür notwendige Operation zur Shuntanlage als Vorbereitung auf die Hämodialyse ist neben der fehlenden Indikation der Patientin oder dem Patienten nicht zuzumuten. Durch die assistierte Fortführung der PD Therapie im häuslichen Umfeld kann die Lebensqualität für die Patientin/den Patienten deutlich verbessert werden, Kosten für Transporte und Operation entfallen. Die Übernahme der Asistenz durch ein Familienmitglied wurde geprüft, ist aber nicht möglich.

Wir bitten um Kostenübernahme für die durch den Pflegedienst erbrachten Leistungen im Rahmen der assistierten Peritonealdialyse. Die Ausbildung und Qualifikation des Pflegepersonals erfolgt durch unser Zentrum in Kooperation mit NADia – Netzwerk Assistierte Dialyse.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen und mit freundlichen Grüßen.

Dr. Nephrologe Stempel/Unterschrift