

**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 täglich 3 / 4 Dialysatwechsell (CAPD) / nächtlichen maschinengestützten Dialysatwechsell (APD).

Frau/Herr .... führte ihre/seine Behandlung seit xx.xx./20xx selbständig zuhause durch. Auf Grund einer Verschlechterung des Gesamtzustandes ist Frau/Herr .... nicht mehr in der Lage die tägliche Behandlung ohne Hilfe weiterzuführen. Eine Umstellung der Dialyseform ist medizinisch nicht indiziert. Eine dafür notwendige Operation zur Shuntanlage als Vorbereitung auf die Hämodialyse sowie aufwendige Transporte ins Dialysezentrum sind neben der fehlenden Indikation der Patientin/dem Patienten nicht zuzumuten. Durch die assistierte Fortführung der Therapie kann die Lebensqualität für die Patientin/den Patienten aufrecht erhalten 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