

**ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG
zur Vorlage bei der Krankenkasse**

Betr.: Frau Maxi Musterfrau 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 und unter Einwilligung der Patientin/des Patienten mit Peritonealdialyse als CAPD mit täglich 3 / 4 Dialysatwechseln (CAPD) / als APD mit nächtlichen maschinengestützten Dialysatwechseln (APD).

Frau/Herr kann auf Grund ihrer/seiner körperlichen Einschränkungen die tägliche Behandlung nicht selbständig durchführen und benötigt daher Assistenz durch einen Pflegeanbieter im häuslichen Umfeld. Die Übernahme der Assistenz durch ein Familienmitglied wurde geprüft, ist aber nicht möglich.

Die Wahl einer anderen 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 Behandlung mit Peritonealdialyse kann die Lebensqualität für die Patientin/den Patienten aufrecht erhalten werden, die Kosten für Transporte entfallen.

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