

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdÄk	AEV	Knappschaft	UV*
Geführtes	Krankenkasse bzw. Kostenträger							
Geb. pl.	Name, Vorname des Versicherten							geb. am
noctu								
Sonstige								
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.				Status		
Anfalls-unfall	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis			Datum			

**Einverständniserklärung des Patienten:**  
Ich bin damit einverstanden, dass mein Attest an Fa. Tex-A-Med® weitergeleitet wird

---

Unterschrift des Patienten Tel. des Patienten (bei Rückfragen)

## Ärztliche Bescheinigung

# ATOPISCHES EKZEM

(zur Vorlage bei der Krankenkasse)

### Antrag auf Kostenübernahme für **Padycare®** versilberte Spezialtextilien

Bei oben genannter/em Patientin/en besteht ein schweres, chronisches

**Atopisches Ekzem (Neurodermitis)**

Die Besiedelung der Haut mit *Staphylococcus aureus* stellt bei o.g. Patienten einen entscheidenden Triggerfaktor dar und kann maßgeblich zur Verschlechterung des atopischen Ekzems beitragen.

Eine wissenschaftliche Studie der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München hat die Wirksamkeit der **Padycare®** versilberten Spezialtextilien bei Neurodermitis nachgewiesen. (Dermatology 2003; 207:15-21)

### **Padycare®** versilberte (!) Spezialtextilien für Neurodermitiker

- bewirken eine hochsignifikante **Reduktion von *Staphylococcus aureus*** und eine hochsignifikante **Verbesserung des lokalen SCORAD** (Schweregrad des Ekzems).
- bieten einen **hohen Tragekomfort** und unterstreichen den **antiirritativen Effekt** durch gute Hautverträglichkeit
- führen zur **signifikanten Abnahme des Juckreizes** und **erhöhen deutlich die Schlafqualität**
- führen zu einer psychischen Besserung des Befindens der Patienten durch eine nachgewiesene **Verbesserung der Lebensqualität**

Aus ärztlicher Sicht stellen die **Padycare®** Spezialtextilien für Neurodermitiker (von *Tex-A-Med® GmbH, Ellrodstr. 5, 95482 Gefrees, Tel. 09254/962-10*) damit einen wesentlichen, nebenwirkungsarmen Beitrag zur Verbesserung des Krankheitsbildes und der Lebensqualität der / des o. g. Patientin/en.

**Wir bitten daher um Kostenübernahme.**

**Krankenkasse des Patienten**

Kasse
Ansprechpartner (wenn bekannt)
Straße
PLZ, Ort

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes

