

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAk	AEV	Knappschaft	UV(*)
Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger							
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten							
noctu	geb. am							
Sonstige	Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Unfall	Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum			
Arbeitsunfall								

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.

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes

Krankenkasse des Patienten	
Kasse	
Ansprechpartner (wenn bekannt)	
Straße	
PLZ, Ort	