

An den Vertrauensarzt

postmasterCH@mmm.com

Gesuch um Kostengutsprache der V.A.C.® Therapy

Klinik, behandelnder Arzt:	Patient:
GLN Nummer:	Versicherung:
ZSR Nummer:	Versicherungs-Nr.:
Telefon:	
Email/FAX:	

Diagnose, Wundverlauf:

Bis heute eingesetzte lokale Wundtherapie:

 Ausführender Arztbericht liegt bei

Begründung zur Verlängerung der Kostenübernahme:

Voraussichtliche Dauer:

Kosten pro Tag:

Kosten Total:

Voraussichtliche Heilungsdauer bei V.A.C.® Therapy:

Ort und Datum: Unterschrift (Arzt):.....

Durch die Versicherung auszufüllen:

- Kostengutsprache, nicht limitiert
- Kostengutsprache limitiert für _____ Wochen
- abgelehnt Begründung:

Ort und Datum: Unterschrift:

Bitte dieses Formular raschmöglichst an den behandelnden Arzt zurücksenden.