

An den Vertrauensarzt

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 rasch möglichst an den behandelnden Arzt zurücksenden.