

Name und Anschrift der Arztpraxis / Stempel

**Versicherter**

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Krankenversicherung

Datum: \_\_\_\_\_

**Antrag auf spezifische Kostenübernahme  
Wasserkeimfilter für sterilfiltriertes Wasser**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
die mechanische Reinigung des Körpers oder einer Wunde mit sterilfiltriertem Wasser ist bei dem o.g. Patienten im häuslichen Bereich dringend geboten, da bei der vorliegenden Diagnose eine absolut keimfreie (Wund-)Reinigung erforderlich ist.

- Diagnose:**  LVAD (Linksherzunterstützungssystem)  
 RVAD (Rechtsherzunterstützungssystem)  
 LVAD und RVAD (Links- und Rechtsherzunterstützungssystem)  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**Die Körper- oder Wundreinigung mit sterilfiltriertem Wasser ist geboten, weil ...**

- ... die Reinigung mit sterilfiltriertem Wasser schon durchgeführt wurde (Folgebestellung)
- ... die Driveline mit kritischen Keimen besiedelt ist
- ... eine häuslich keimfreie Wasserqualität nicht gesichert ist
- ... die Driveline in der Bauchdecke lebenslang offen bleibt (Keimschleuse!)
- ... die Gefahr einer lebensbedrohlichen Driveline-Infektion besteht

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift