

Anschrift Krankenkasse:

Ort / Datum: _____

**Antrag auf Kostenübernahme eines CoaguChek® Gerinnungsmonitors
(HiMi: 21.34.01.1009) und der Schulungsgebühr**

Sehr geehrte/r Frau/Herr

bei Ihrem/Ihrer Versicherten:

Frau / Herr

geb. am:

Straße

PLZ / Wohnort

Versicherungs.-Nr.

besteht die Notwendigkeit zur **dauerhaften Antikoagulation** aufgrund folgender **Diagnose**:

- Kunstklappenersatz seit _____
- Künstl. Blutgefäßersatz (z.B. Bypass, Stent) seit _____
- Schwere Herzrhythmusstörungen
 - Chronisches Vorhofflimmern seit _____
 - Zustand nach Herzinfarkt mit eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion inkl. einer fortgeschrittenen dilatativen Kardiomyopathie seit _____
- Thrombophilie
 - Zustand nach rezidivierender Beinvenenthrombose seit _____
 - Zustand nach Lungenembolie seit _____
- Angeborene Gerinnungsstörung seit _____
- Herzunterstützungssystem (VAD) seit _____
- Andere Indikation

seit _____

sowie folgenden Begleiterkrankungen:

Bei dem Versicherten besteht die Erfordernis einer Blutgerinnungsselbstkontrolle und eigenständiger Medikamentenanpassung entsprechend den Ausführungen des Bundesanzeigers Nr. 147 vom 09. August 2002 aufgrund

- Schlechter Venenverhältnisse
(Die Blutentnahme an Hand- oder Fußrücken ist generell schwieriger und kann z.B. durch wiederholtes Stechen zu einer Gerinnungsaktivierung führen.)
- Schwierigkeiten bzgl. regelmäßigem Arztpraxis-Besuch aufgrund

- Pflegebedürftigkeit (Messung erfolgt durch Angehörige oder Pflegepersonen)
 - Schichtarbeit (unterschiedliche Arbeitszeiten)
 - wechselnder beruflicher Einsatzorte
 - örtlicher Verhältnisse (Praxis ist schwer zu erreichen)
 - Sonstiges: _____
- Komplikationen unter konventioneller Betreuung (Blutgerinnungskontrolle beim Vertragsarzt)
 - Dauerantikoagulation bei einem Kind (Messung durch Eltern, später durch Kind selbst)
 - Sonstiges/Bemerkungen: _____

Dabei ist die Einhaltung des INR im Bereich ____ bis ____ zur Vermeidung von Thrombembolien (Gerinnselbildungen) bzw. Blutungen oberstes Behandlungsziel und verlangt mindestens einmal wöchentlich die Kontrolle des Gerinnungswertes INR.

Die Versicherte verfügt über eine persönliche Eignung zur Durchführung der Selbstkontrolle und ist in der Lage den Gerinnungswert selbst zu bestimmen und die erforderliche Therapieentscheidung eigenständig abzuleiten.

Der Patient, Frau / Herr _____ wird im Rahmen einer strukturierten Kleingruppenschulung in die Benutzung des Gerinnungsmonitors eingewiesen. Er / Sie hat die Möglichkeit, eine hinreichende Anzahl eigener Messungen unter Anleitung durchzuführen und Über- sowie Unterdosierungen des gerinnungshemmenden Medikamentes zu erkennen und zu korrigieren.

Die Schulung erfolgt nach den Standards der Arbeitsgemeinschaft der Selbstkontrolle der Antikoagulation (ASA e.V.). Es handelt sich um ein evaluiertes Schulungsprogramm für Patienten unter oraler Antikoagulation (SPOG) und umfasst vier Unterrichtseinheiten zu je 90 Minuten. Weitere wesentliche **Schwerpunkte der Schulung** sind:

- Allgemeines über die Blutgerinnung
- Selbstmessung des Gerinnungswertes und exakte Protokollierung der Messwerte
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und Erkennen und richtiges Handeln bei Komplikationen
- Ernährung und besondere Situationen (Reisen, Sport, Zahnarztbesuch,..)

Das Schulungszertifikat wird nach der Schulung nachgereicht.

Die Schulungskosten belaufen sich auf _____ EUR. In diesem Betrag sind die Personalkosten, das Schulungsmaterial sowie die ausführliche Beratung vor und nach der Schulung enthalten.

Die Schulung entspricht in Bezug auf die ärztliche Leistung aufgrund des Inhaltes und des Umfanges einem z. T. mehrfachen analogen Ansatz der Ziffern GOÄ 20 (Beratungsgespräch in Gruppen), GOÄ 33 (strukturierte Schulung), GOÄ 70 (Schulungszertifikat) und GOÄ 3607 (INR-/Quickwertestimmung).

Die Dokumentation der Messergebnisse im Antikoagulationsausweis wird regelmäßig von dem behandelnden Arzt bewertet. Die erforderlichen Verbrauchsmaterialien wie Teststreifen und Lanzetten werden ebenfalls von dem behandelnden Arzt verordnet.

Ich bitte Sie hiermit den Antrag auf die Kostenübernahme für einen CoaguChek® Gerinnungsmonitor und die Schulungsgebühr zu prüfen und die beiliegende Kostenübernahmeerklärung unterschrieben an mich zurückzusenden.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung und verbleibe,

mit freundlichen Grüßen

Kostenübernahme-Erklärung der Krankenkasse

Für einen CoaguChek® Gerinnungsmonitor & Schulungsgebühren

Hiermit erklären wir uns bereit, die Kosten für einen CoaguChek® Gerinnungsmonitor und die Schulungsgebühren für die Patientin/den Patienten:

Frau/Herrn

Straße

PLZ/Wohnort

zu erstatten.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift der Krankenkasse