

INFORMATION FÜR SCHLAFMEDIZINISCHE(N) FACHARZT/FACHÄRZTIN

Sehr geehrte® Frau/Herr Kollege/in,

zur Beantragung einer Kostenbeteiligung Ihrer Krankenkasse für eine „Unterkieferprotrusionsschiene“ (UPS) benötigt Herr/Frau

- eine Verordnung/Rezept/Empfehlung für eine „bimaxilläre, titrierbare Unterkieferprotrusionsschiene“
- dazu eine Bescheinigung, dass eine Überdruckbehandlung mit Schlafmaske nicht durchgeführt werden kann (bei Bedarf Anlage unten verwenden)

Die Kosten für über das wirtschaftliche und notwendige hinausgehende funktionsdiagnostische und funktionsanalytische Leistungen („8000er Positionen“), die Anfertigung eines Bissstabilisators (Aligner), die Aufbereitung der intraoralen Scans und digitalen Registrate werden von der Krankenkasse nicht übernommen. Der Eigenanteil des/der Patienten/in beläuft sich in unserer Praxis in der Regel auf insgesamt ca. € 460.-, über die genauen Kosten wird der/die Patient/in vor Beantragung der Behandlung schriftlich aufgeklärt.

Mit freundlichen Grüßen, ihr Praxisteam

Dr. Karl Haushofer

Ärztliche Bescheinigung

Bei Herrn/Frau kann eine Behandlung mit Überdrucktherapie nicht durchgeführt werden, weil ein/eine

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> PAP - Intoleranz | <input type="checkbox"/> PAP – Unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> PAP – Inakzeptanz |
| <input type="checkbox"/> PAP – Versagen | <input type="checkbox"/> PAP – Abbruch | |

vorliegt.

.....
(Datum, Ort)

.....
(Stempel, Unterschrift)