

Antrag auf Kostenübernahme

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

Versichertendaten:

Frau / Herr

Straße / Hausnummer

Versicherungs.-Nr.

geb. am:

PLZ / Wohnort

Die Notwendigkeit zur **dauerhaften Antikoagulation** besteht 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:**

Gemäß den Ausführungen des **Bundesanzeigers Nr. 147** vom 09. August 2002 besteht beim Versicherten die Erfordernis einer **Blutgerinnungsselbstkontrolle** und eigenständiger **Medikamentenanpassung**

- ☐ Schlechte 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
- ☐ 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 (Gerinnselfbildungen) bzw. Blutungen oberstes Behandlungsziel und verlangt mindestens einmal wöchentlich die Kontrolle des Gerinnungswertes.

Der/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/die Versicherte, Herr/Frau _____ wird im Rahmen einer strukturierten Schulung bei einer zertifizierten CoaguChek Schulungseinrichtung in die Benutzung des CoaguChek® INRange Gerätes eingewiesen. Er/Sie hat die Möglichkeit, eine hinreichende Anzahl eigener Messungen unter Anleitung durchzuführen.

Es handelt sich um ein evaluiertes Schulungsprogramm für Patienten unter oraler Antikoagulation (SPOG). Dieses ist im DMP KHK akkreditiert. 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 (z. B. Reisen, Sport, Zahnarztbesuch)
- Eigenständige Anpassung des Gerinnungshemmers, Übungen anhand von Dosisanpassungsbeispielen

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 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® INRange Gerinnungsmonitor und die Schulungsgebühr zu prüfen.

Ort, Datum

Unterschrift