

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdaK	AEV	Knappschaft	UV*)
Gebühr- frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger							
Geb. pff.	Name, Vorname des Versicherten							
noctu	geb. am							
Sonstige								
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status					
Arbeits- unfall	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum					

Ärztliches Attest

zur Vorlage bei der Krankenkasse für



Der oben genannte Patient steht in meiner Behandlung wegen einer sehr ausgeprägten (generalisierten) Neurodermitis (Atopischen Dermatitis).

Bisherige intensive hautfachärztliche Behandlungsmaßnahmen, einschließlich Kortisonsalben, Calcineurin-Inhibitoren (Protopic/Elidel/Douglan) haben nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung des Hautzustandes geführt. Aufgrund der rezidivierenden Besiedlung der Haut mit Staphylococcus Aureus, welche zu teils massivem Nässen und Juckreiz der Haut mit konsekutiver Schlaflosigkeit führt, sind kontinuierliche Maßnahmen zur Keimreduktion erforderlich.

Eine klinische Studie aus der PsoriSol-Klinik für Dermatologie & Allergologie in Hersbruck (bei Nürnberg) belegt, dass das Tragen von medizinischer Silberwäsche, die einen hochwirksamen Anteil von reinstem Silber aufweist und die betroffene Hautoberfläche vollständig bedeckt, eine schnelle Abnahme der Bakterienzahl bewirkt und somit zu einer sofortigen Verbesserung des Hautzustandes führt. Die positive Konsequenz ist der nachlassende Juckreiz und die Verbesserung des Schlafes. Dadurch kann signifikant kortisonsparend behandelt werden. Somit ist eine erhebliche Verbesserung des Gesamtzustandes gewährleistet. Die Zertifikate "antimikrobielle Aktivität", "Tragekomfort 1,7" und "Öko-Tex Standard 100" wurde den Binamed Silbertextilien Silber 50 und Silber 100 von den Hohensteiner Instituten verliehen.

Aus ärztlicher Sicht sollte der/die Patient/in medizinische Silberwäsche für mindestens 1 Jahr erhalten, um somit andere Therapien zu unterstützen bzw. abzulösen.

Der/Die Patient/in (bzw. die Angehörigen) stellt hiermit den Antrag auf Kostenbeteiligung bzw. Kostenübernahme der Binamed Silbertextilien durch die Krankenversicherung.

Benötigte Binamed-Produkte: _____

Datum. Unterschrift des Arztes/Praxisstempel

Einverständniserklärung des Patienten

Ich bin damit einverstanden, dass mein Attest an die
 Fa. Binamed Moll GmbH, Kulmbacher Str. 115, 95445
 Bayreuth, weitergeleitet wird.

Datum. Unterschrift Patient/in od. gesetzl. Vertreter