

Hier Ihre **Adresse** und
Kontaktdaten eintragen

Hier **Adresse** der
Krankenkasse eintragen

Ort, Datum: Hier **Ort** und **Datum** eintragen
Versicherte Person: Hier **Name** und **Vorname** eintragen
Geburtsdatum: Hier **Geburtsdatum** eintragen
Kundennummer: Hier **Kundennummer** bei der Krankenkasse eintragen

Seite: 1/1

Betreff: Verordnung e-TNS Gerät gegen Migräne gemäss MiGel

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne lassen wir Ihnen dieses Verordnungsschreiben für den oben genannten Patienten zukommen.

- **Diagnose:** Nach ausgiebiger ärztlicher Untersuchung wurde der Patient mit Migräne diagnostiziert.
- **Indikation:** Das Cefaly-Gerät ist ein medizinisches Gerät zur externen Trigerminus-Neuromodulation (**e-TNS**), **indiziert zur Langzeitprophylaxe und/oder Anfallsbehandlung von Migräne**. Die bestehende CE-Zertifizierung (Nr. 0459) stellt eine notwendige wie aber auch hinreichende Bedingung für die Zulassung durch SwissMedic dar.
- **Zweckmässigkeit:** Nach erfolgter Anweisung konnte der Patient einen erfolgreichen Therapieversuch mit dem Cefaly e-TNS Gerät von 120 Tagen absolvieren.
- **Wirksamkeit:** Nach erfolgreicher Testphase von 120 Tagen konnten wir an Hand eines Kopfschmerztagebuchs feststellen, dass die Anwendung des Cefaly-Gerätes die Beschwerden des Patienten (Anzahl Migräneattacken, Einnahme von Prophylaxe- und Akutmedikamenten) um >20% reduziert haben.
- **Kostenübernahme:** In der Mittel- und Gegenständeliste (MiGel) wird die Anwendung der externen Trigerminus- Neuromodulation (**e-TNS**) **indiziert zur Langzeitprophylaxe und/oder Anfallsbehandlung bei Migräne wie folgt rückerstattet:**
 - **09.02.03.00.1** Kauf des Cefaly e-TNS Gerät CHF 379.88
 - **09.02.03.00.2** 120 Tage Miete des Cefaly e-TNS Gerät CHF 26.40 (0.22 CHF/Tag)
 - **09.02.03.01.1** Rücknahme des Cefaly e-TNS Gerät CHF 62.85
 - **09.02.03.02.1** Standard Elektrode zu Cefaly e-TNS Gerät pro Stück CHF 8.33
 - **09.02.03.03.1** Hypoallergene Elektrode zu Cefaly e-TNS Gerät pro Stück CHF 10.33

Wir danken Ihnen für eine rasche Bearbeitung.

Hier Name der **Institution/Arzt**
Stempel/Unterschrift
eintragen

Freundliche Grüsse