

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 TENS-Gerät gegen Schmerzen gemäss MiGeL
09.02.01.00.1**

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 chronischen Schmerzen diagnostiziert.
- **Indikation:** Das Cefaly-Gerät ist ein medizinisches Gerät zur transkutanen elektrischen Nervenstimulation (**TENS**), **indiziert zur Behandlung und Vorbeugung von Schmerzen**. Die bestehende CE-Zertifizierung (Nr. 0744157-04) stellt eine notwendige wie aber auch hinreichende Bedingung für die Zulassung durch SwissMedic dar.
- **Zweckmässigkeit:** Nach erfolgter Anweisung unseres Zentrums konnte der Patient das TENS-Gerät während einer 30-tägigen Testphase korrekt, autonom und sicher bedienen.
- **Wirksamkeit:** Nach erfolgreicher Testphase konnten wir feststellen, dass die Anwendung des Cefaly-Gerätes die Beschwerden des Patienten (Schmerzen, Anzahl Attacken, Einnahme von Prophylaxe- und Akutmedikamenten) deutlich reduzierte.
- **Kostenübernahme** durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP): In der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) wird die Anwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation (**TENS**) **bei Schmerzen unter Ziffer 09.02.01.00.1 aufgeführt**. Infolgedessen werden bis zu CHF 270.- beim Kauf des TENS-Gerätes übernommen.

Wir danken Ihnen für eine rasche Bearbeitung.

Freundliche Grüsse

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