

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Gebühren-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger							
Geb. pfl.	Name, Vorname u. Anschrift des Versicherten geb. am							
notw.								
Sonstige								
Unfall	Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status			
Arbeits-unfall	Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum			

Ärztliches Attest

zur Vorlage bei der Krankenkasse für



BINAMED® silbertextilien

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 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 reinem Silber aufweist und die betroffene Hautoberfläche vollständig bedeckt, eine Abnahme der Bakterienzahl bewirkt und somit zu einer Verbesserung des Hautzustandes führt. Die positive Konsequenz ist der nachlassende Juckreiz und die Verbesserung des Schlafes. Dadurch kann meist kortisonsparend behandelt werden. Somit ist eine deutliche Verbesserung des Gesamtzustandes erreichbar. Die Zertifikate "Tragekomfort" und "Öko-Tex Standard 100" wurde den Binamed Silbertextilien 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:

_____ Größe _____
 _____ Größe _____
 _____ Größe _____

Datum, Unterschrift des Arztes/Praxisstempel

Einverständniserklärung des Patienten Ich bin damit einverstanden, dass mein Attest an die Fa. Binamed Moll GmbH, Kulmbacher Str. 115A 95445 Bayreuth, weitergeleitet wird.
Datum, Unterschrift Patient/in od. gesetzl. Vertreter
Name, Vorname gesetzl. Vertreter / evtl. Tel.Nummer für Rückfragen