

Fachärztliche Notwendigkeitsbescheinigung zur Vorlage bei der privaten Krankenversicherung

Betrifft:

Herr

Beim oben genannten/er Patienten/in habe ich folgende Diagnosen festgestellt:

- -----
- -----

Die ACP-Therapie ist aufgrund ihrer besseren Wirksamkeit, der größeren Sicherheit bei der Applikation und der besseren Verträglichkeit geeigneter als die Orthokin-Therapie/Hyaluronsäure-Therapie.

Deshalb halte ich aus ärztlicher Sicht die Durchführung der geplanten ACP Therapie für medizinisch notwendig und sinnvoll.

Ergänzend ist zu erwähnen, dass das therapeutische Vorgehen zur optimalen Therapie einer Erkrankung der Entscheidung des Patienten und des Arztes obliegen und nicht aus finanziellen Bedürfnissen heraus festgelegt werden kann. Daraus lässt sich schließen, dass bei Ihnen Herr/Frau eine medizinische Notwendigkeit im Sinne des Rechtsbegriffes (BGH, 10.07.1996, NJB 1996, S.3074f) gegeben ist in der es heißt, dass von einer medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung im Sinne der vorstehenden Ausführungen im Allgemeinen dann auszugehen ist, wenn eine Behandlungsmethode zur Verfügung steht und angewandt worden ist, die geeignet ist die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegen zu wirken. Steht diese Eignung nach medizinischen Erkenntnissen fest steht grundsätzlich auch die Eintrittspflicht des Versicherers fest.

Aufgrund der oben genannten Ausführungen bitte ich im Namen meines/r Patienten/in um die Erstattung der ACP-Therapie.

Mit freundlichen Grüßen