

## HEIL- UND HILFSMITTELVORORDNUNG

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ	Wohnort	Straße

Krankenkasse:

### **Hilfs- und Heilmittel:**

**Kühlweste**

Diagnose:

### **Begründung:**

Bei o.g. Patienten ist im Jahr \_\_\_\_\_ eine Multiple Sklerose diagnostiziert worden. Eine der ersten Symptome der Erkrankung war eine ausgeprägte Fatigue-Symptomatik mit Hitzeunverträglichkeit. Im Rahmen der MS-Erkrankung kam es im weiteren Verlauf zu einer Zunahme dieser Symptomatik. Der Patient erhält die Medikamente \_\_\_\_\_

Allerdings wurde dadurch die o.g. Symptomatik nicht positiv beeinflusst. Aufgrund des Uhtoff-Phänomens, einer Verschlechterung der neurologischen Symptome bei Erhöhung der Körpertemperatur durch körperliche Anstrengung oder durch die Erhöhung der Umgebungstemperatur z.B. im Sommer und die schnelle Erschöpfung (Fatigue-Syndrom), sind die Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität von Herr / Frau \_\_\_\_\_ deutlich eingeschränkt. Diese Auswirkungen sind jedoch durch die Abkühlung des Körpers reversibel.

Wir sehen daher ärztlicherseits die Verordnung einer Kühlweste bei o.g. Patienten als sehr notwendig.

Aufgrund der schnellen, einfachen und lang anhaltenden Wirkung der Kühlweste wurden bereits Untersuchungen in mehreren Kliniken durchgeführt, die gezeigt haben, dass die MS-Betroffenen davon profitieren können.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des behandelnden Arztes