



Praxisstempel

**Empfehlungsschreiben zum Antrag auf Kostenerstattung
für ein neuartiges Elektrotherapieverfahren (Small Fiber Matrix Stimulation)
gegen chronische Schmerzen**

Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

..... (Name)

befindet sich seit bei mir in Behandlung.

Diagnose(n) (nach ICD):

Seit Diagnosestellung hat sich die Patientin/der Patient u.a. folgender Therapien unterzogen, die nur geringe/unzureichende Wirkung zeigten:

- Gewichtsreduktion und körperliche Aktivität
- Krankengymnastik
- Rückenschule, Rückentraining
- Wärme-/Kältetherapie
- Akupunktur
- TENS
- Entspannungstherapie
- Medikamentöse Schmerztherapie (NSAR, Muskelrelaxantien, Opioide, Antidepressiva)
- Lokalinfiltration (Anästhetika und Glukokortikoide)
- Stoßwellentherapie
- Operativer Eingriff

Sonstige.....

Daher unterstütze ich den anbei gestellten Antrag auf Kostenerstattung des Elektrotherapieverfahrens nach § 13 Abs. 3 SGB V und empfehle die Anwendung der Small Fiber Matrix Stimulation. Dieses neue Verfahren könnte möglicherweise den chronischen Schmerz lindern. Ich erkläre zudem, dass ich vom Hersteller (Bomedus GmbH) keine finanziellen und materiellen Vorteile durch diese Unterstützung erhalte.

Mit freundlichen Grüßen

..... (Unterschrift)