

[Ihr Vorname und Nachname]

[Ihre Straße und Hausnummer]

[Ihre PLZ und Ihr Wohnort]

[Ihre Versicherungsnummer]

[Ihre Telefonnummer]

[Ihre E-Mail-Adresse]

[Name Ihrer Krankenkasse]

[Abteilung Leistungen / Kostenübernahme]

[Straße und Hausnummer]

[PLZ und Ort]

[Ort, Datum]

Betreff: Antrag auf Kostenübernahme einer Liposuktion bei Lipödem aufgrund von Systemversagen

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage die **Kostenübernahme für die operative Behandlung meines diagnostizierten Lipödems** (Stadium *[bitte einfügen]*) in einer spezialisierten Privatklinik.

Trotz konsequenter konservativer Therapie über mindestens sechs Monate (Kompressionstherapie, Bewegungstherapie, gegebenenfalls Lymphdrainage) bestehen weiterhin erhebliche Beschwerden:

- Schmerzen und Druckempfindlichkeit
- Bewegungseinschränkungen im Alltag
- Häufige Schwellungen und hämatomartige Einblutungen

1. Nachweis des Systemversagens

Ich habe mehrere Vertragskliniken angefragt, die Liposuktionen bei Lipödem als Kassenleistung durchführen könnten, darunter:

1. *[Name der Klinik 1]*

2. [Name der Klinik 2]

3. [Name der Klinik 3]

4. [Name der Klinik 4]

5. [Name der Klinik 5]

6. [Name der Klinik 6]

7. [Name der Klinik 7]

Ergebnisse der Anfragen:

Keine der angefragten Kliniken konnte eine zeitnahe Behandlung als Kassenleistung anbieten. Im Einzelnen: keine kurzfristige Behandlung möglich, teilweise keine Kapazitäten, teilweise nur als Selbstzahlerleistung verfügbar. Die schriftlichen Bestätigungen der Absagen sind diesem Antrag beigefügt.

Begründung: Aufgrund der fehlenden zeitnahen oder zugänglichen Behandlungsmöglichkeiten in zugelassenen Vertragskliniken in mir zumutbarer Entfernung liegt ein **Systemversagen** vor.

2. Begründung für die beantragte Klinik

- Die beantragte Klinik ist auf die Behandlung des Lipödems **spezialisiert** und verfügt über Fachärzte mit langjähriger Erfahrung in der Lipödem Chirurgie.
- Die Klinik erfüllt alle medizinischen Voraussetzungen für eine sichere Liposuktion und setzt die schonende **WAL Methode** (wasserstrahl-assistierte Liposuktion) ein.
- Eine Behandlung in dieser spezialisierten Einrichtung ist medizinisch notwendig, um weitere Verschlechterungen und Folgeschäden zu verhindern.

3. Antrag

Ich beantrage daher die **Kostenübernahme der Liposuktion bei Lipödem** in der beantragten Klinik.

Bitte berücksichtigen Sie die beigefügten Dokumente:

- Ärztliche Befunde und Diagnose (phlebologischer Befund)
- Nachweise der konservativen Therapie über mindestens sechs Monate
- Nachweis, dass keine Gewichtszunahme stattgefunden hat
- Schriftliche Anfragen und Antworten der angefragten Vertragskliniken

Ich danke Ihnen im Voraus für die Prüfung und stehe für Rückfragen selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

[Ihr Vorname und Nachname]

[Ihre Adresse]

[Ihre Telefonnummer]

[Ihre E-Mail-Adresse]