

Empfehlung zur Hilfsmittelverordnung

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Versichert bei: _____

Medizinische Begründung

Diagnose (ICD-10): _____

Beschwerden / Symptomatik: _____

Aufgrund der oben genannten Diagnose besteht die medizinische Notwendigkeit zur Versorgung mit Vaginaltampons zur Ermöglichung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. (Sozialgericht Gießen Az:5-9/Kv 364/87)

Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung gemäß § 33 SGB V

Hilfsmittelname: A-Tam® Analtampon

Hilfsmittelnummer: 15.25.17.0001

Empfohlenes Hilfsmittel:

☐	Startset zylindrische Größen	PZN: 18826663
☐	Startset Größe S	PZN: 11320541
☐	Startset Größe L	PZN: 11320558
☐	Größenfindung bereits erfolgt	PZN:

Die Verordnung erfolgt als Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V.

Hinweis für die verordnende Praxis

**A-Tam® Analtampons sind zertifizierte Medizinprodukte
sowie zugelassene medizinische Hilfsmittel.**

Für Hilfsmittel ist immer ein separates Rezept auszustellen.

**Dieses ist durch das Feld 7 und „gebührenpflichtig“ zu kennzeichnen.
Hilfsmittel belasten NICHT das ärztliche Arznei- oder Heilmittelbudget.**

Ort, Datum: _____ Unterschrift/Stempel:

Empfehlung zur Hilfsmittelverordnung

Rezeptvorschlag Bsp. Startset | zylindrische Größen:

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Musterkrankenkasse	
Name, Vorname des Versicherten	
Mustermann	
Max	
Musterstraße 5	
XXXXX Musterstadt	
geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
Status:	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
Datum:	
Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen)	
Vertragsarztstempel	
A-Tam Analtampon, Startset zylindrische Größen PZN 18826663 Hilfsmittelnummer: 15.25.17.0001 Diagnose: z. B. R15 (anale Inkontinenz)	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer	
Abgabedatum in der Apotheke Unterschrift des Arztes	

 Indikation

Um die Kostenerstattung durch die Kasse zu sichern muss das Krankheitsbild/
Diagnose auf dem Rezept vermerkt sein.

 Wegen Inkontinenz

zur Ermöglichung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.
(Sozialgericht Gießen Az:5-9/Kv 364/87)

 Produktbezeichnung

 Größe/Form

 Menge

 Hilfsmittelnummer

 PZN-Nummer



**Sollten Fragen zur korrekten Rezeptausstellung bzw. zu Vertragspartnern der
Krankenkasse aufkommen, wenden Sie sich an den Hersteller Med SSE System GmbH:
info@medsse.de
Tel: 0911 7908806**