

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: Contam® Vaginaltampon

Hilfsmittelnummer: 15.25.21.2004

Empfohlenes Hilfsmittel:

☐	Startset Blasenschwäche	PZN: 01666592
☐	Startset Senkungsbeschwerden	PZN: 10408966
☐	Startset Würfelform	PZN: 10992669
☐	Größenfindung bereits erfolgt	PZN:

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

Hinweis für die verordnende Praxis

**Contam® Vaginaltampons 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 Blasenschwäche:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		HbS- mehl		Impl- stoff	Sp.-Dr. Bedarf	Bepr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / iE
☒ Gebiete	Musterkrankenkasse						
☒ Nach	Name, Vorname des Versicherten Mustermann Max						geb. am
☐ Sonstige	Musterstraße 5 XXXXX Musterstadt						
☐ Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status:				
☐ Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
☐ auf Idem	Contam Vaginaltampon, Startset Blasenschwäche PZN 01666592						
☐ auf Idem	Hilfsmittelnummer: 15.25.17.0001						
☐ auf Idem	Diagnose: z. B. N39.3 (Blasenschwäche) oder N81.1 (Senkungsbeschwerden)						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes			
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer					

- ✓ **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 Rezeptaussstellung bzw. zu Vertragspartnern der Krankenkasse aufkommen, wenden Sie sich an den Hersteller Med SSE System GmbH:
info@medsse.de
Tel: 0911 7908806