

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:

<input type="checkbox"/>	Startset Blasenschwäche	PZN: 01666592
<input type="checkbox"/>	Startset Senkungsbeschwerden	PZN: 10408966
<input type="checkbox"/>	Startset Würfelform	PZN: 10992669
<input type="checkbox"/>	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		Musterkrankenkasse		EVG		Impf- mittel		Spr.-D. Bedarf		Begr.- Pflicht		Apotheken-Nummer / iK	
Name, Vorname des Versicherten		Mustermann		geb. am		Zusatzung		Gesamt-Bußs					
Musterstraße 5		XXXXX Musterstadt											
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status:		Arzneimittel / Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe			
Betriebsstellen-Nr.		Arzt-Nr.		Datum:		1. Verordnung							
						2. Verordnung							
						3. Verordnung							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)												Vertragsarztstempel	
Contam Vaginaltampon, Startset Blasenschwäche PZN 01666592													
Hilfsmittelnummer: 15.25.21.2004													
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