

Ärztliches Attest zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name / Geburtsdatum / Anschrift des Patienten:

Der / die Patient/in benötigt PVA-Analtampons (Hilfsmittel-Nr. 15.25.17.0001) als Therapiemittel wegen Stuhlinkontinenz bei:

- Meningomyelozele (Spina bifida)
- Ständige Muskelschwäche
- Querschnittslähmung, Paraplegie
- Analatresie
- Krebserkrankung (Strahlenschäden)
- Gehirn-/Nervenerkrankungen (Schlaganfall, MS, etc.)
- Stoffwechselerkrankungen (Diabetes etc.)
- Operationsschäden (Hämorrhoiden, Entbindungen, etc.)
- Dekubitus als Prophylaxe

Diese Leiden führen zu unkontrollierten Stuhlabgängen, daher ist der Gebrauch von PVA-Analtampons erforderlich.

Mit Hilfe von PVA-Analtampons bleibt die / der Betroffene für Stunden kontinent und kann am öffentlichen Leben wieder ungehindert teilnehmen.

Psychische Belastungen können dadurch abgeschwächt bzw. vermieden werden.

Rezeptvorschlag:

AOK LKK BKK IKK VdAK AEV Knappschaft UV*)		Hilfsmittel-Zuzahlung	Implantat	Spr.-St. Bechert	Begr.-Pflanzl.	Apotheken-Nummer / BK	
Bitte kreuzen Sie die 7 an		6	8	9			
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung					
Mustermann		Gesamt-Brutto					
Muster Weg 16		Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.					
12345 Musterhausen		Faktor					
Kassen-Nr.		Taxe					
Versicherten-Nr.							
Status							
Vertragsarzt-Nr.		Vertragsarztstempel					
VK gültig bis							
Datum							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
auf idem		PVA-Analtampon Startsortiment, 100 Stück oder 30 Stück					
auf idem		Applikator groß u. klein, je 1 Stück					
auf idem		Diagnose: ...					
*) s. Rückseite		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7. 1999)					

63775004

Stempel

Unterschrift des Arztes
wenden →

Wichtiger Hinweis:

PVA-Analtampon fällt nicht unter die Versorgung „Aufsaugende Inkontinenzhilfen“.

Bei Nennung der Hilfsmittelnummer 15.25.17.0001 gibt es keine Probleme bei der Kostenübernahme.

Bitte