

Ärztliche Verordnung für ein UV-Bestrahlungsgerät vom Typ Saalux® UV-Kamm

Hilfsmittelverzeichnis:
Nr. 06.30.01.0010 (UV-B 311nm)
Nr. 06.30.01.0011 (UV-A1)

**zur Vorlage
bei der Krankenkasse**

Anschrift der Krankenkasse:

Ansprechpartner
Straße / Postfach
PLZ Stadt
Telefon
FAX

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.St- bedarf	Begr- pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
			6	X	8	9			
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
noctu	geb. am								
Sonstige			Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe		
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	1. Verordnung						
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	2. Verordnung						
		Status	3. Verordnung						
		Datum							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel						
aut idem	Saalman Saalux® UV-Kamm (1 Stück)								
aut idem	Ausführungen: UV-B 311 nm (PZN 11190713) UV-A1 (PZN 13169574)								
aut idem									
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)				
Unfalltag			Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer						

Diagnose

- Psoriasis
- Vitiligo
- Neurodermitis
- sonstiges

Anwendungsbereich

- Kopf
- Hände, Füße
- Teilkörper

Ausführung

- UV-B Schmalband 311nm (Psoriasis, Vitiligo)
- UV-A1 (Neurodermitis, Akne)

Saalman medical GmbH & Co. KG

Südbahnstraße 34, 32547 Bad Oeynhausen, Email: info@saalman-medical.de
Internet: www.saalman-medical.de, Telefon: 05731-25450-0, Fax: 05731-25450-11

Zertifizierung
DIN EN ISO 13485



IK 590572638 / präqualifiziert gemäß § 126 Absatz 1a SGB V, für die Versorgungsbereiche 6A und 9A.
Unsere Geräte erfüllen die EG-Richtlinie 93/42/EWG und tragen das CE-Kennzeichen CE 0123.
Mitglied im Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V.

C701w

An die Krankenkasse

Der oben genannte Patient ist von einer Hautkrankheit betroffen. Eine erhebliche Belastung im beruflichen und privaten Bereich ist gegeben. Die Therapie der Wahl ist eine UV-Heimbestrahlung unter regelmäßiger Kontrolle des behandelnden Arztes. Zur Aufrechterhaltung des Therapieeffektes ist eine Langzeitbehandlung notwendig. Die Versorgung des Patienten mit dem oben angekreuzten Gerät (Saalux® UV-Kamm) ist medizinisch notwendig und sinnvoll.

(Datum, Unterschrift des Arztes)

Vertragsarztstempel

! Wichtig ! Vom Patient zu unterschreiben!

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für das mir verordnete Hilfsmittel (Saalux® UV-Kamm). Die Behandlung ist zur Heilung / Linderung meiner Beschwerden gemäß obiger ärztlicher Verordnung notwendig.

In Erwartung Ihrer baldigen schriftlichen Antwort verbleibe ich mit freundlichen Grüßen.

Antrag des Patienten auf Kostenübernahme

(Datum, Unterschrift des Patienten)

