

Ärztliche Verordnung für ein Iontophorese- Heimtherapiegerät vom Typ Saalio®

Hilfsmittelverzeichnis:
Nr. 09.30.01.0 (Gleichstrom)
Nr. 09.30.01.1 (Pulsstrom)

zur Vorlage bei der Krankenkasse

Anschrift der Krankenkasse:

Ansprechpartner
Straße / Postfach
PLZ Stadt
Telefon
FAX

Krankenkasse bzw. Kostenträger	BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.St- bedarf	Begr- pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Gebühr frei	6	X	8	9		
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		geb. am			
noctu						
Sonstige	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	Status		
Unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Datum		
Arbeits- unfall						
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						Vertragsarztstempel
Saalio® Leitungswasser-Iontophoresegerät						
aut idem aut idem aut idem PNZ: 11190699						
1 Stück						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)		
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer				

Diagnose

- Hyperhidrosis manuum
 pedum
 axillaris

Therapieform

- Gleichstrom
 Pulsstrom

Angabe nur zur Zuordnung der HM-Pos.Nr.
notwendig, Saalio® bietet beide Therapieformen in
einem Gerät (Einheitspreis)

Zubehör (optional)

- Set Achselektroden mit Schwammtaschen
 Gesichtselektrode

Saalmann medical GmbH & Co. KG

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

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.

Zertifizierung
DIN EN ISO 13485



C701w

An die Krankenkasse

Der oben genannte Patient ist an Hyperhidrosis erkrankt. Die Therapie der Wahl ist die Leitungswasser-Iontophorese, da Lokalthérapeutika nicht ausreichend wirken und innerlich anzuwendende Medikamente nicht indiziert sind. Zur Aufrechterhaltung des Therapieeffektes ist eine Langzeitbehandlung notwendig.

In einer Initialtherapie wurde obiger Patient bereits erfolgreich behandelt, womit in diesem Fall die Wirksamkeit und Verträglichkeit der Iontophorese-Therapie mit dem Saalio®-Gerät bestätigt wurde. Die Versorgung des Patienten mit dem oben angekreuzten Gerät ist medizinisch notwendig und wirtschaftlich 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 (Saalio®-Therapiegerät). 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)

Saalman medical GmbH & Co. KG
Südbahnstr. 34

32547 Bad Oeynhausen

Liebes Saalman Team,
bitte übermitteln Sie in meinem Auftrag die beigefügte Ärztliche Verordnung mit meinem Antrag zur Kostenübernahme an meine Krankenkasse.

.....
Ort, Datum,

.....
Name, Unterschrift

Patienten-Information zur Handhabung der Ärztlichen Verordnung

Liebe Patientin, Lieber Patient,

die sog. Ärztliche Verordnung dient Ihrer Krankenkasse für die Beurteilung der Kostenübernahme des von Ihnen beantragten Saalman-Hilfsmittels. Unsere Produkte sind im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenkassen gelistet und erfüllen damit alle Anforderungen an die Qualität, den medizinischen Nutzen, die Sicherheit und die Funktionstauglichkeit.

Damit Ihr Antrag positiv beurteilt werden kann, stellen Sie bitte sicher, dass:

- Teil 1 des Formulars („Ärztliche Verordnung“) von Ihrem Arzt vollständig ausgefüllt wird und*
- Teil 2 des Formulars von Ihnen als Antragsteller unterschrieben wurde.*

Schicken Sie uns die ausgefüllte Ärztliche Verordnung im Original zu. Wir erfassen dann Ihre Daten entsprechend unserer Datenschutzbestimmungen und übermitteln diese zusammen mit unserem Kostenvoranschlag über ein deutschlandweites elektronisches Angebots- und Abrechnungssystem Ihrer Krankenkasse. Somit sorgen wir für einen schnellen und reibungslosen Ablauf. Zudem bemühen wir uns, dass Sie tatsächlich mit einem hochwertigen Saalman Gerät versorgt werden.

Sobald uns Ihre Krankenkasse über die Kostenzusage informiert, senden wir Ihnen das Gerät automatisch und unverzüglich zu.