

# 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

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.St- bedarf	Begr- pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
			6	<input checked="" type="checkbox"/>	8	9			
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
noctu	geb. am								
Sonstige			Arzneimittel-/Hilfsmittel.Nr.		Faktor		Taxe		
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		1. Verordnung				
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		2. Verordnung				
					3. Verordnung				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel						
aut idem	Saalio® Leitungswasser-Iontophoresegerät								
aut idem	PZN: 11190699								
aut idem	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  
 facialis

### 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

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.

## An die Krankenkasse

Der oben genannte Patient ist an Hyperhidrosis erkrankt. Die Therapie der Wahl ist die Leitungswasser-Iontophorese, da Lokaltheraeutika 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 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.*