

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.St.-bedarf	Begr.-pflicht	Apotheken-Nummer / IK
				6	7	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					
Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	2. Verordnung					
				3. Verordnung					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel						
aut idem	Saalio® Leitungswasser-Iontophoresegerät								
aut idem	PZN: 11190699 (1 Stück)								
aut idem									
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)				
Unfalltag			Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer						

Ärztliche Verordnung für ein Iontophorese- Heimtherapiegerät vom Typ Saalio®

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

**Informationen
zur weiteren Handhabung
siehe Rückseite**

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
 Stirnelektrode
 Nackenelektrode
 Körperelektrode
 Universalelektrode

Die o.g. Patientin bzw. der o.g. 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. Die Versorgung der Patientin bzw. des Patienten mit dem verordneten Gerät ist medizinisch notwendig und wirtschaftlich sinnvoll.

Vertragsarztstempel

(Datum, Unterschrift des Arztes)

Datenschutzerklärung der Patientin bzw. des Patienten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Saalman medical GmbH & Co. KG obige Daten zur Erstellung eines Kostenvoranschlages und im Fall der Genehmigung zur Belieferung mit einem Hilfsmittel gemäß der Datenschutzrichtlinie der Saalman medical GmbH & Co. KG (www.saalman-medical.de/datenschutz/) nutzen und speichern darf.

Datum, Unterschrift der Patientin bzw. des Patienten

Die zusätzliche Angabe der Email-Adresse ist freiwillig und dient der reibungslosen Belieferung durch den Paketdienstleister. Die Email-Adresse kann später ggf. auch für Erinnerungen an individuelle Leih- und Mietfristen genutzt werden.

Email-Adresse (freiwillige Angabe)

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.

Information zur Handhabung Ihrer ärztlichen Verordnung

Saalmann medical GmbH & Co. KG
Südbahnstr. 34

32547 Bad Oeynhausen

Liebe Patientin, Lieber Patient,

stellen Sie zuerst sicher, dass die Verordnung von Ihrem Arzt vollständig ausgefüllt wurde und Sie die Datenschutzerklärung unterschrieben haben. Die weitere Handhabung Ihrer Verordnung unterscheidet sich je nachdem, ob Sie gesetzlich oder privat versichert sind:

Für gesetzlich Versicherte:

Schicken Sie uns die ausgefüllte Verordnung im Original per Post zu, diese benötigen wir zwingend für die spätere Abrechnung. Nutzen Sie dazu unser oben eingedrucktes Adressfeld. Wir erfassen dann Ihre Daten entsprechend unserer Datenschutzbestimmungen und übermitteln diese zusammen mit unserem Kostenvoranschlag über ein deutschlandweites elektronisches Angebots- und Abrechnungssystem an Ihre Krankenkasse. Somit sorgen wir für einen schnellen und reibungslosen Ablauf.

Sobald uns Ihre Krankenkasse über die Kostenusage informiert, senden wir Ihnen das Gerät automatisch und unverzüglich zu. Ihre Krankenkasse informiert uns auch, ob wir von Ihnen die gesetzliche Zuzahlung für Versicherte ab 18 Jahren in Höhe von max. 10,- EUR je Hilfsmittel einziehen müssen. Eine entsprechende Zuzahlungsrechnung liegt dann ggf. dem Gerät bei.

Für privat Versicherte:

Die ausgefüllte Verordnung im Original verbleibt bei Ihnen zwecks späterer Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse. Schicken Sie uns lediglich die Verordnung als Scan oder lesbares Foto per Email an info@saalmann-medical.de zu. Im Gegenzug erhalten Sie von uns einen individuellen Kostenvoranschlag als PDF-Dokument. Mit Ihrer Verordnung und unserem Kostenvoranschlag klären Sie dann selbst die Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse. Sobald diese Bestätigung vorliegt, bestellen Sie das Gerät unter Angabe unserer Angebotsnummer. Wir schicken Ihnen dann das Gerät samt Lieferschein und Rechnung unverzüglich zu.