

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

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

**Informationen
zur weiteren Handhabung
siehe Rückseite**

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											
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe				
	1. Verordnung										
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	2. Verordnung							
	3. Verordnung										
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel								
aut idem	Saalman Saalux® UV-Kamm (1 Stück)										
aut idem	Ausführung: UV-B 311 nm (PZN 11190713)										
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

Der bzw. die oben genannte Patient(in) 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 der Patientin bzw. des Patienten mit dem oben angekreuzten Gerät (Saalux® UV-Kamm) ist medizinisch notwendig und 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 einer reibungslosen Belieferung durch den Paketdienstleister (z.B. Paketankündigung oder -umleitung durch die Patientin bzw. den Patienten).

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.

Saalman medical GmbH & Co. KG
Südbahnstr. 34

32547 Bad Oeynhausen

Liebes Saalman Team,
bitte übermitteln Sie die beigefügte Ärztliche Verordnung zur Genehmigung der 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 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 zügig bearbeitet werden kann, stellen Sie bitte sicher, dass:

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