

Zur Information

Die meisten Krankenkassen akzeptieren Begriffe, wie das Wort Dauerversorgung ohne Zeitangabe oder Inkontinenzmaterial bzw. Inkontinenzpauschale nicht mehr und somit sind die Rezepte **ungültig**.

Die genauen Angaben sind grundsätzlich an den jeweiligen Versicherten anzupassen. Außerdem sollte das Rezept **nicht älter als 28 Kalendertage** sein.

Die Lieferung kann erst erfolgen, wenn vollständig ausgefüllte Rezepte vorliegen.

Deshalb beachten Sie bitte unsere Hinweise zum richtigen Ausfüllen des Rezeptes. Es spart Ihnen und uns Aufwand, Zeit und sichert eine schnelle optimale Versorgung der Patienten.

So füllen Sie das Rezept richtig aus!

1. Das Feld 7 ist anzukreuzen.
2. Art des Inkontinenzartikels z.B. Windeln oder Vorlagen in jeweiliger Größe S;M;L oder 1;2;3 + Stückzahl pro Tag oder Monat.
3. Versorgungszeitraum mit Datumsangabe von...bis... oder mit dem Vermerk 3, 6, 9 oder 12 Monate.
4. Grund der Verordnung (genaue Diagnose).
5. Bei Katheterträgern auf Stuhlinkontinenz gesondert hinweisen.

<input checked="" type="checkbox"/>	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<input type="checkbox"/>	BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
			6	X	8	9		
<input type="checkbox"/>	Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		geb. am				
<input type="checkbox"/>	noctu	Mustermann, Hans		01.01.01				
<input type="checkbox"/>	Sonstige	Waldweg 5						
<input type="checkbox"/>		12345 Musterstadt						
<input type="checkbox"/>	Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status				
<input type="checkbox"/>	Arbeits- unfall	9876543	55555555555	5 000 9				
		Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				
		123456789	59595959	??.??.????				
		Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)				Vertragsarztstempel		
<input type="checkbox"/>	auf idem	Windelhosen Gr. L - 60 Stück pro Monat Zeitraum: ??.??.???? – ??.??.???? Diagnose: Harninkontinenz						
<input type="checkbox"/>	auf idem							
<input type="checkbox"/>	auf idem							
		bbbrr		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)		
		Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				2711111004		
		Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer					

Bei auftretenden Fragen können Sie sich gerne vertrauensvoll an uns, Ihr **HALL-MED-CARE TEAM** wenden.

Montag – Freitag (außer an Feiertagen) von 09:00 Uhr bis 20:00 Uhr

HALL-MED-CARE GmbH, Grenzstraße 19, 06112 Halle (Saale)

Büro: 0345 – 24 98 09 14
Fax: 0345 – 24 98 09 15
E-Mail: inko@hall-med-care.de

mit freundlichen Grüßen
Ihr HALL-MED-CARE TEAM