

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum			

# Medizinische Indikation

## zur Vorlage bei der Krankenkasse / MDK

Telefon Patient/in: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Patientin / der Patient befindet sich seit dem \_\_\_\_\_ wegen Stuhlinkontinenz in meiner Behandlung. Ich halte den Einsatz der **ProDry Analtampons** Hilfsmittel-Nr. 15.25.17.0006 zur aktiven Teilnahme am sozialen Leben für unbedingt erforderlich.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ProDry Anal (Gr. S) 30 Stck.                | <input type="checkbox"/> ProDry Anal (Gr. M) 30 Stck.                | <input type="checkbox"/> ProDry Anal (Gr. L) 30 Stck.                |
| <input type="checkbox"/> ProDry Anal (Gr. S) Quartalsbedarf 90 Stck. | <input type="checkbox"/> ProDry Anal (Gr. M) Quartalsbedarf 90 Stck. | <input type="checkbox"/> ProDry Anal (Gr. L) Quartalsbedarf 90 Stck. |
| <input type="checkbox"/> ProDry Anal Testset 5 Stck. (S, M, L)       | <input type="checkbox"/> ProDry Anal Einführhilfe                    |  |

Diagnose / Anamnese / Ursache der Erkrankung: \_\_\_\_\_

---



---



---

- Die ProDry Analtampons wurden der Patientin / dem Patienten ausgehändigt.
- Die ProDry Analtampons werden durch INNOCEPT direkt an die Patientin / den Patienten geliefert.
- Die ProDry Analtampons werden durch INNOCEPT an den Arzt geliefert, der diese an die Patientin / den Patienten weiterleitet.

Die Patientin / der Patient wurde in die Handhabung der ProDry Analtampons eingewiesen und über die Wechselwirkungen / Nebenwirkungen aufgeklärt.

Die Patientin / der Patient ist in der Lage den Tampon selbstständig, korrekt und der Indikation entsprechend anzuwenden.

Ich bitte Sie um Übernahme der Verordnungskosten der ProDry Analtampons.

Der Vertrieb erfolgt durch INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH (Anschrift siehe oben).

- Hiermit bestätige ich den Erhalt der ProDry Analtampons und die Einweisung in dessen Handhabung (inkl. Gebrauchs-, Sicherheits- und Lieferhinweise).

Ich wurde über die seit dem 01.01.2004 gültige Zuzahlungsregelung für Hilfsmittel (10% des Abgabepreises, mindestens 5 €, höchstens 10 €) für gesetzlich Versicherte informiert.

- Zuzahlungsbefreit

Ich willige ein, dass meine Daten an die Firma INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH zwecks gesetzlicher Rückverfolgbarkeit und Beratung weitergeleitet werden. Es wird ausgeschlossen, dass die Daten unbefugt Dritten zugänglich gemacht werden. Eine Ausnahme bildet die Weiterleitung an die Krankenkasse und unser Abrechnungszentrum.

Mit freundlichen Grüßen

Datum/Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Patientin/Patient