

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 befindet sich seit dem _____ wegen Harninkontinenz in meiner Behandlung. Ich halte den Einsatz der **ProDry Vaginaltampons** Hilfsmittel-Nr. 15.25.21.2001 zur aktiven Teilnahme am sozialen Leben für unbedingt erforderlich.

- ProDry Vaginal 10 Stck. ProDry Vaginal 30 Stck. ProDry Vaginal Quartalsbedarf 90 Stck.

Diagnose / Anamnese / Ursache der Erkrankung: _____

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

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

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

Ich bitte Sie um Übernahme der Verordnungskosten der ProDry Vaginaltampons.

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

- Hiermit bestätige ich den Erhalt der ProDry Vaginaltampons 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