

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.St.- bedarf	Begr.- pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten geb. am			6	7	8	9				
noctu				Zuzahlung			Gesamt-Brutto				
Sonstige				Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			Faktor		Taxe		
Unfall	Kostenträgerkennung			Versicherten-Nr.			Status				
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.			Arzt-Nr.			Datum				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)											
aut idem	Saalmann Saalux® UV-Kamm (1 Stück) Ausführung: UV-B 311 nm (PZN 11190713)										
aut idem											
aut idem											
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				Abgabedatum in der Apotheke			Vertragsarztstempel				
Unfalltag				Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer							

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**

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 Saalmann medical GmbH & Co. KG obige Daten zur Erstellung eines Kostenvoranschlages und im Fall der Genehmigung zur Belieferung mit einem Hilfsmittel gemäß der Datenschutzrichtlinie der Saalmann medical GmbH & Co. KG (www.saalmann-medical.de/datenschutz/) nutzen und speichern darf.

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).

(Datum, Unterschrift der Patientin bzw. des Patienten)

Email-Adresse (freiwillige Angabe)

Saalmann medical GmbH & Co. KG

Südbahnstraße 34, 32547 Bad Oeynhausen, Email: info@saalmann-medical.de
Internet: www.saalmann-medical.de, Telefon: 05731-25450-0, Fax: 05731-25450-11

IK 590572638 / präqualifiziert gemäß § 126 Absatz 1a SGB V, für die Versorgungsbereiche 6A und 9A.

Zertifizierung
DIN EN ISO 13485



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 Kostenzusage 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.