

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten
noctu	geb. am
Sonstige	
Unfall	Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status
Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9		
Zuzahlung			Gesamt-Brutto		
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			Faktor	Taxe	
1. Verordnung					
2. Verordnung					
3. Verordnung					

**Ärztliche Verordnung für ein UV-Bestrahlungsgerät**  
**Hilfsmittel-Verzeichnis-Nr.**  
**06.30.01.0001**  
 (UV-Kamm)

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem	<input type="checkbox"/> UV-B/311 nm Schmalband (Psoriasis, Vitiligo)*
aut idem	<input type="checkbox"/> UV-A (Neurodermitis)*
aut idem	<b>*Pflichtfeld (bitte UV-Spektrum ankreuzen)</b>

<input type="checkbox"/> dermalight® 80R
<input type="checkbox"/> dermalight® 500R
<input type="checkbox"/> dermalight® 1000

**Anschrift der Krankenkasse:**

<b>Ansprechpartner</b>
<b>Straße / Postfach</b>
<b>PLZ Stadt</b>
<b>Telefon</b>
<b>Fax</b>

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!       Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
-----------	--------------------------------------

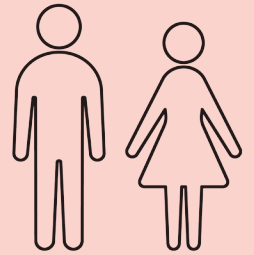
**Für den Arzt:**

**Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse:**

**Diagnose:**

Psoriasis       Neurodermitis       Vitiligo  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**Angabe der betroffenen Körperstellen:**  
(im Bild ankreuzen)



**Fuß Maße:**

≥ 36 x 9 cm (lxb)       < 36 x 9 cm (lxb)

Der oben genannte Patient 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 des Patienten mit dem oben angekreuzten Gerät ist medizinisch notwendig und wirtschaftlich sinnvoll.

In einer Initialtherapie wurde obiger Patient bereits erfolgreich behandelt, womit in diesem Fall die Wirksamkeit und Verträglichkeit der UV-Therapie mit dem jeweiligen Dermalight Gerät bestätigt wurde.

**Dr. Hönle Medizintechnik GmbH**

Zeppelinstraße 16a  
D-82205 Gilching

E-Mail: [medizin@drhoenle.de](mailto:medizin@drhoenle.de)  
Internet: [www.drhoenle.de](http://www.drhoenle.de)

Telefon: +49(0)8105/7 30 29-0  
Telefax: +49(0)8105/7 30 29-50

Zertifizierung  
DIN EN ISO 13485



**Für den Patienten:**

**Lieber Patient,**

gerne übernehmen wir die Abwicklung für Sie. Schicken Sie hierfür das Rezept, selbstverständlich auch portofrei, an

**Dr. Hönle Medizintechnik GmbH**

Zeppelinstraße 16a  
D-82205 Gilching

Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Telefon: +49(0)8105/7 30 29-0  
E-Mail: [medizin@drhoenle.de](mailto:medizin@drhoenle.de)

Die Dr. Hönle Medizintechnik GmbH ist laut Zulassungsempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 139 SGB V zur Abgabe von Geräten zur Heimbehandlung von Versicherten berechtigt. Leistungserbringergruppenschlüssel: 1902099.

UV-Phototherapie ist im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenkasse unter der Positionsnummer 06.30.01.0001 zu finden. IK 590910502 / präqualifiziert gemäß §126 Absatz 1a SGB V, für die Versorgungsbereiche 6A und 9A Mitglied im Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V.

Unsere Geräte werden gemäß der EWG-Richtlinie 93/42 und des Medizinproduktegesetzes (MPG) hergestellt und tragen das CE-Kennzeichen. Elektro-G WEEE-Reg.-Nr.: DE 14312030