

| | | | | | | | |
|---------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| Gebühr frei | Krankenkasse bzw. Kostenträger | BVG | Hilfsmittel | Impfstoff | Spr.-St. Bedarf | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK |
| Geb.-pfl. | Name, Vorname des Versicherten | 6 | 7 | 8 | 9 | | |
| noctu | geb. am | Zuzahlung | | Gesamt-Brutto | | | |
| Sonstige | | Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | | Faktor | Taxe | | |
| Unfall | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | | 1. Verordnung | | | |
| Arbeitsunfall | Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | | 2. Verordnung | | | |
| | | Datum | | 3. Verordnung | | | |

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

- idromed[®] 5 PS (gepulster Gleichstrom)
 idromed[®] 5 GS (konstanter Gleichstrom)
 1 Paar Achselektroden inkl. Schwammtaschen

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

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

Ärztliche Verordnung für ein Iontophorese-Heimtherapiegerät

Hilfsmittel-Verzeichnis-Nr.

09.30.01.0

konstanter Gleichstrom (GS)

09.30.01.1

gepulster Gleichstrom (PS)

09.99.02.2

Achselektroden inkl. Schwammtaschen

Anschrift der Krankenkasse:

| |
|-------------------|
| Ansprechpartner |
| Straße / Postfach |
| PLZ Stadt |
| Telefon |
| Fax |

Für den Arzt:

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse:

Diagnose:

Hyperhidrose manuum (Hände) pedum (Füße) axillaris (Achseln)

Der oben genannte Patient ist an Hyperhidrosis erkrankt. Die Therapie der Wahl ist die Leitungswasser-Iontophorese, da Lokaltherapeutika nicht ausreichend wirken und innerlich anzuwendende Medikamente nicht indiziert sind. Zur Aufrechterhaltung des Therapieeffektes ist eine Langzeitbehandlung ein- bis dreimal wöchentlich 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 Iontophorese-Therapie mit dem Idromed 5 bestätigt wurde.

Dr. Höhle Medizintechnik GmbH

Dornierstr. 4
D-82205 Gilching

E-Mail: medizin@drhoenle.de
Internet: www.drhoenle.de

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

Zertifizierung
DIN EN ISO 13485



CE
0123

Für den Patienten:

Lieber Patient,

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

Dr. Höhle Medizintechnik GmbH
Dornierstr. 4
D-82205 Gilching

Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

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

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

Leitungswasser-Iontophoresegeräte sind im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenkassen unter den Positionsnummern 09.30.01.0 (konstanter Gleichstrom) und 09.30.01.1 (gepulster Gleichstrom) 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