

Was muss aufs Rezept?

Erstverordnung von Peristeen® Plus mit Ballonkatheter



Beispielrezept für die Erstverordnung

Alle Peristeen® Plus-Produkte sind Hilfsmittel und damit weder budget- noch richtgrößenrelevant. Sie dienen der Therapie von Darmentleerungsstörungen sowie der Prophylaxe von Dekubitalulzera und Harnwegsinfekten.

Kreuz (x) bei Gebührenpflichtig setzen (sofern zutreffend)

Versorgungszeitraum angeben

Produktname und Menge angeben

Entsprechende Diagnose oder ICD-Schlüssel eintragen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		MUSTER		Hilfs- PVG	Impl- klasse	Impl- gr	Str.-St. Rezept	Begr- Pflanzl	Apotheken-Nr. / IK
Gebühr frei	Musterkrankenkasse			6	7	8	9		
<input checked="" type="checkbox"/>	Name, Vorname des Versicherten			Zuzahlung					
<input type="checkbox"/>	Mustermann, Max			Gesamt-Betrag					
<input type="checkbox"/>	geb. am			Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.					
<input type="checkbox"/>	Fliederweg 12			Faktor					
<input type="checkbox"/>	12345 Musterstadt			Taxe					
<input type="checkbox"/>	geb. am			1. Verordnung					
<input type="checkbox"/>	03.09.74			0 3 3 6 0 1 1 X X X					
<input type="checkbox"/>	Status			2. Verordnung					
<input type="checkbox"/>	1			0 3 3 6 0 8 0 X X X					
<input type="checkbox"/>	Kostenträgerkennung			3. Verordnung					
<input type="checkbox"/>	109519005			0 3 3 6 0 9 2 X X X					
<input type="checkbox"/>	Versicherten-Nr.			Vertragsarztstempel					
<input type="checkbox"/>	A123456789			Dr. med. Max Mustermann					
<input type="checkbox"/>	Betriebsstätten-Nr.			Allgemeinmediziner					
<input type="checkbox"/>	12-3456789			Musterstraße 20 12345 Musterstadt					
<input type="checkbox"/>	Arzt-Nr.			Tel. 012 34567 Fax 012 34567					
<input type="checkbox"/>	123456-6-67			Unterschrift des Arztes					
<input type="checkbox"/>	Datum			Muster 16 (08.2020)					
<input type="checkbox"/>	01.06.2021								
<input type="checkbox"/>	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								
<input type="checkbox"/>	Versorgungszeitraum 30 Tage/Erstverordnung								
<input type="checkbox"/>	1 Komplettsystem Peristeen Plus (Ballonkatheter) mit Kulturtasche PZN:17179322								
<input type="checkbox"/>	2 Peristeen Plus Ballonkatheter-Sets (30 Stück) PZN:17179322								
<input type="checkbox"/>	1 Peristeen Plus Wasserbeutel-Set (3 Stück) PZN:17179339								
<input type="checkbox"/>	z.B. Spina bifida								
<input type="checkbox"/>	Bei Arbeitsunfall auszufüllen!								
<input type="checkbox"/>	Abgabedatum in der Apotheke								
<input type="checkbox"/>	Unfalltag								
<input type="checkbox"/>	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer								

Gedruckte »7« für Hilfsmittel setzen

PZN-Nr. eintragen, um entsprechendes Produkt sicherzustellen

Nutzungsdauer

Kontrollereinheit und Deckel: 90 Anwendungen

Wasserbehälter: 15 Anwendungen

Rektalkatheter: Einmalprodukt

Ostomy Care / Continence Care / Wound & Skin Care / Interventional Urology

Was muss aufs Rezept?

Verordnung von Peristeen® Plus mit Ballonkatheter



1. und 3. Versorgungsquartal

(bei Irrigation jeden 2. Tag – falls täglich irrigiert werden soll, denken Sie bitte an die doppelte Menge der Rektalkatheter und Wasserbeutel)

Kreuz (x) bei Gebührenpflichtig setzen (sofern zutreffend)

Versorgungszeitraum angeben

Produktname und Menge angeben

Entsprechende Diagnose oder ICD-Schlüssel eintragen

Gebühr frei		Krankenkasse bzw. Kostenträger		MUSTER		RUG		Hilfs-mittel	Impl-ant	Spr.-St.	Begr.-Platz	Apotheken-Nummer / IK	
<input checked="" type="checkbox"/>		Musterkrankenkasse				6	7	8	9				
rechtl.		Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Zuzahlung		Gesamt-Stufe					
<input checked="" type="checkbox"/>		Mustermann, Max		03.09.74									
Sonstigs		Fliederweg 12				Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe			
		12345 Musterstadt				1. Verordnung		0 3 3 6 0 1 1 X X X					
Unfall		Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		2. Verordnung		0 3 3 6 0 8 0 X X X					
<input type="checkbox"/>		109519005	A123456789	1		3. Verordnung		0 3 3 6 0 9 2 X X X					
Arbeits-unfall		Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum									
<input type="checkbox"/>		12-3456789	123456-6-67	01.06.2021									
		Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)										Vertragsarztstempel	
auf idem		Versorgungszeitraum 90 Tage											
<input type="checkbox"/>		1 Komplettsystem Peristeen Plus (Ballonkatheter)		PZN:17179316									
<input type="checkbox"/>		3 Peristeen Plus Ballonkatheter-Sets (45 Stück) PZN:17179322											
<input type="checkbox"/>		1 Peristeen Plus Wasserbeutel-Set (3 Stück) PZN:17179339											
auf idem		z.B. Spina bifida										Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 24567 Musterstadt Tel. 012 34567 Fax 012 34567	
<input type="checkbox"/>		Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke								Unterschrift des Arztes Muster 16 (08.2020)	
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer											

Gedruckte »7« für Hilfsmittel setzen

PZN-Nr. eintragen, um entsprechendes Produkt sicherzustellen

Nutzungsdauer

Kontrollleinheit und Deckel: 90 Anwendungen

Wasserbehälter: 15 Anwendungen

Rektalkatheter: Einmalprodukt

2. und 4. Versorgungsquartal (bei Irrigation jeden 2. Tag)

Kreuz (x) bei Gebührenpflichtig setzen (sofern zutreffend)

Versorgungszeitraum angeben

Produktname und Menge angeben

Entsprechende Diagnose oder ICD-Schlüssel eintragen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		MUSTER		BVG	Hilfs- mittel- jahr	Impf- jahr	Spr.-St. Roster	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nr. / IK	
<input checked="" type="checkbox"/> Gebühr frei	Musterkrankenkasse			6	7	8	9			
<input checked="" type="checkbox"/> Name, Vorname des Versicherten	Mustermann, Max			Zuzahlung						
<input type="checkbox"/> nicht	geb. am 03.09.74			Gesamt-Brutto						
<input type="checkbox"/> sonstig	Name, Vorname des Versicherten Fliederweg 12			Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.						
	12345 Musterstadt			Faktor						
	Status 1			Taxe						
Unfall	Kostenträgerkennung 109519005	Versicherten-Nr. A123456789	Status 1	1. Verordnung 0 3 3 6 0 8 0 X X X						
Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr. 12-3456789	Arzt-Nr. 123456-6-67	Datum 01.06.2021	2. Verordnung 0 3 3 6 0 9 2 X X X						
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			3. Verordnung						
	Versorgungszeitraum 90 Tage			Vertragsarztstempel						
	3 Peristeen Plus Ballonkatheter-Sets (45 Stück) PZN:17179322									
	1 Peristeen Plus Wasserbeutel-Set (3 Stück) PZN:17179339									
	z.B. Spina bifida									
	6667									
	Abgabedatum in der Apotheke									
	Unfalltag									
	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer									

Gedruckte »7« für Hilfsmittel setzen

PZN-Nr. eintragen, um entsprechendes Produkt sicherzustellen

Nutzungsdauer

Wasserbehälter: 15 Anwendungen

Rektalkatheter: Einmalprodukt

Alle Peristeen® Plus-Produkte sind Hilfsmittel und damit weder budget- noch richtgrößenrelevant. Sie dienen der Therapie von Darmentleerungsstörungen sowie der Prophylaxe von Dekubitalulzera und Harnwegsinfekten.

Ostomy Care / Continece Care / Wound & Skin Care / Interventional Urology