

Was muss aufs Rezept?

Erstverordnung von Peristeen® Plus mit Konuskatheter



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 Musterkrankenkasse		MUSTER		Hilfs- PVG	Hilfs- mittel	Impl- stoff	Str.-St. Bestat.	Begr- Platz	Apotheken-Nr. / IK	
Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Max		geb. am 03.09.74		6	7	8	9			
Adresse Fliederweg 12 12345 Musterstadt				Zuzahlung		Gesamt-Beruf				
Kostenträgerkennung 109519005		Versicherten-Nr. A123456789		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe		
Betriebsstätten-Nr. 12-3456789		Arzt-Nr. 123456-6-67		1		1		X		X
Datum 01.06.2021				2		0		X		X
				3		0		X		X
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Versorgungszeitraum 30 Tage/Erstverordnung		Vertragsarztstempel						
auf idem		1 Komplettsystem Peristeen Plus (Konuskatheter) mit Kulturtasche		PZN:17179434						
auf idem		2 Peristeen Plus Konuskatheter-Sets (30 Stück) PZN:17179440								
auf idem		1 Peristeen Plus Wasserbeutel-Set (3 Stück) PZN:17179339								
auf idem		z.B. Spina bifida								
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke								
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer								

Gedruckte »7« für Hilfsmittel setzen

PZN-Nr. eintragen, um entsprechendes Produkt sicherzustellen

Nutzungsdauer

Kontrollereinheit und Deckel: 90 Anwendungen

Wasserbehälter: 15 Anwendungen

Konuskatheter: Einmalprodukt

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

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	Impf-stoff	Spr.-St.-Rezept	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nr. / IK
Gebühr frei	Musterkrankenkasse			6	7	8	9		
geb. am	Name, Vorname des Versicherten			Zuzahlung					
<input checked="" type="checkbox"/>	Mustermann, Max			Gesamt-Brutto					
<input type="checkbox"/>	Fliederweg 12			Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.					
<input type="checkbox"/>	12345 Musterstadt			Faktor					
geb. am	03.09.74			Taxe					
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status	1. Verordnung						
109519005	A123456789	1	0 3 3 6 0 8 0 x x x						
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	2. Verordnung						
12-3456789	123456-6-67	01.06.2021	0 3 3 6 0 9 2 x x x						
Abgabedatum			3. Verordnung						
12-3456789									
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)									
Versorgungszeitraum	90 Tage			Vertragsarztstempel					
3 Peristeen Plus Konuskatheter-Sets (45 Stück)	PZN:17179440			Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 12345 Musterstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345679					
1 Peristeen Plus Wasserbeutel-Set (3 Stück)	PZN:17179339								
z.B. Spina bifida									
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!									
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer			Unterschrift des Arztes Muster 16 (08.2020)					

Gedruckte »7« für Hilfsmittel setzen

PZN-Nr. eintragen, um entsprechendes Produkt sicherzustellen

Nutzungsdauer

Wasserbehälter: 15 Anwendungen

Konuskatheter: 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 / Contenance Care / Wound & Skin Care / Interventional Urology