

Abrechenbarkeit des Sprechstundenbedarfs in der KV Mecklenburg-Vorpommern

Übersicht zur Abrechenbarkeit von Wundversorgungsprodukten im Sprechstundenbedarf (SSB)*

Ihre Vorteile bei einer Direktbestellung über den Coloplast-Mitarbeiter oder durch den Freiumschatz:



Folgende unserer Produktgruppen sind im KV-Gebiet Mecklenburg-Vorpommern grundsätzlich über den Sprechstundenbedarf zu beziehen:

- › Biatain® Silicone Lite
- › Biatain® Silicone Non-Border
- › Biatain® nicht-haftend
- › Comfeel® Plus Flexibel
- › Comfeel® Plus Transparent
- › Biatain® Alginate
- › Purilon® Gel

Benötigen Sie einen Freiumschatz oder haben Sie noch Fragen?

Dann kontaktieren Sie uns gerne telefonisch oder per E-Mail.

Kostenloses Service-Telefon: 040669807-0

Mail: service@coloplast.com

Freundliche Grüße

Ihr Coloplast Wundversorgungs-Team

*Alle Angaben ohne Gewähr. Coloplast prüft die zum Sprechstundenbedarf zur Verfügung stehenden Vereinbarungen nach bestem Wissen. Coloplast behält sich vor, fehlerhaft ausgestellte Rezepte abzulehnen.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen Ihres Sprechstundenbedarfsrezeptes folgende Punkte für eine schnelle Bearbeitung:

- 1 Wählen Sie **Rezeptmuster 16**.
- 2 Kennzeichnen Sie das Feld durch Eintragen der Ziffer 9, jedoch keine weiteren Ziffern/Kästchen.
- 3 Tragen Sie den Kostenträger **AOK Nordost, 78102** ein
- 4 Angabe der **Kostenträgerkennung 100395611**
- 5 Angabe der **Betriebsstätten Nummer**
- 6 Angabe Ihrer **Arzt-Nr.**
- 7 Datum der **Rezeptausstellung**
- 8 Schreiben oder Drucken Sie die **genauen Produktangaben** (Produktname, Größe, Menge) auf das Rezept.
- 9 Tragen Sie die **original Coloplast PZN** ein. Diese finden Sie in der nachfolgenden PZN-Liste aller für den SSB zugelassenen Produkte.
- 10 **Aut idem-Regelung** ist bei Verbandmitteln **nicht zutreffend** und daher **nicht durchzustreichen!**
- 11 **Stempel und Unterschrift**

Wichtiger Hinweis:

Ein Fehldruck ist so durchzustreichen, dass die ursprüngliche Angabe noch lesbar ist. Eine solche Korrektur bedarf einer zusätzlichen **Beglaubigung per Stempel und Unterschrift**. Andernfalls muss das Rezept neu ausgestellt werden.



Schicken Sie das Rezept unter Verwendung des Freiumschlags ab oder übergeben Sie es Ihrem Coloplast-Medizinprodukteberater und erhalten Sie das Paket mit Ihrer Bestellung innerhalb weniger Tage.

Es gilt: „**Rezept vor Lieferung**“. Sprich, die Lieferung erfolgt, nachdem das Original-Rezept bei uns eingegangen ist.

Ausführliche Übersicht der Produktgruppen, die im KV-Gebiet Nordrhein grundsätzlich über den Sprechstundenbedarf zu beziehen sind:

Biatain® Silicone Lite, mit Silikonhafrand



PZN	Größe/cm	Schaumkissen/cm	St./VE	Artikel-Nr.
11485986	5 × 5	2,2 × 2,2	5	33452
11485992	5 × 12,5	2,2 × 9,7	5	33453
03880639	7,5 × 7,5	4,5 × 4,5	10	334443
03880697	10 × 10	6,5 × 6,5	10	334453
03880705	12,5 × 12,5	8,5 × 8,5	10	334463

Biatain® Silicone Non-Border, mit Silikonhaftung



PZN	Größe/cm	St./VE	Artikel-Nr.
16942307	5 × 7,5	10	39020
16942313	7,5 × 7,5	10	39021
16942336	10 × 10	10	39022
16942342	12,5 × 12,5	10	39023
16942359	10 × 20	5	39024
16942365	15 × 15	5	39025
16942371	20 × 20	5	39026

Biatain®, nicht-haftend



PZN	Größe/cm	St./VE	Artikel-Nr.
06156387	5 × 7	10	6105
00568232	10 × 10	10	3410
00953852	10 × 20	5	3412
00568249	15 × 15	5	3413
00975546	20 × 20	5	3416

Comfeel® Plus Flexibel



PZN	Größe/cm	St./VE	Artikel-Nr.
12342349	4 × 6	10	33146
12342355	10 × 10	10	33110
12342361	15 × 15	5	33115
12342378	20 × 20	5	33120

Comfeel® Plus Transparent



PZN	Größe/cm	St./VE	Artikel-Nr.
12342415	5 × 7	10	33530
12342421	5 × 7	50	335301
12342438	10 × 10	10	33533
12342444	9 × 14	10	33536
12342450	15 × 15	5	33539
12342467	15 × 20	10	33542
12342473	5 × 15	10	33547
12342496	5 × 25	10	33548
12342504	9 × 25	5	33537

Biatain® Alginate



PZN	Größe/cm	St./VE	Artikel-Nr.
01406388	5 × 5	10	37053
01406365	5 × 5	30	3705
01406394	10 × 10	10	3710
01406419	15 × 15	10	3715
01406425	3 × 44 Tamponade	5	3740

Purilon® Gel



PZN	Inhalt	St./VE	Artikel-Nr.
00951356	8 g	10	3906
08753555	15 g	10	3900
08753549	25 g	10	3903