

# HYDROTECH

STRAUSBERG GmbH & Co. KG



Wie soll ein Rezept aussehen

## Ihr Ratgeber

**HYDROTECH**  
STRAUSBERG GmbH & Co. KG

Lehmkuhlenring 36  
D-15344 Strausberg  
Telefon: 0800 - 30 32 012  
Telefax: +49 (3341) 30 32 03  
E-Mail: [info@hydrotech-srb.de](mailto:info@hydrotech-srb.de)

# Das sagt das Gesetz

Patienten haben laut § 33 SGB V Anspruch auf die Ausstattung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind.

Oftmals herrscht allerdings nicht nur bei Patienten Unsicherheit darüber, wie Hilfsmittel für die Inkontinenzversorgung verordnet werden müssen. Auch beim Fachpersonal wirft das Ausfüllen eines Rezeptes häufig Fragen auf. Damit weder Arzt noch Patient unnötig finanziell belastet werden, fassen wir die wichtigsten Punkte zu diesem Thema hier zusammen.

## So machen Sie alles richtig

- Hilfsmittel sind weder budget- noch richtgrößenrelevant. Die namentliche Verordnung eines Produktes ist möglich.
- Die Verordnung muss immer auf einem Hilfsmittelrezept oder einem separaten allgemeinen Rezept erscheinen. Bei gemeinsamer Verordnung mit Arznei-, Verband- oder Heilmitteln erfolgt eine Budgetierung! Auf einem allgemeinen Rezept immer Ziffer »7« (Hilfsmittel) und die Patientendaten eintragen.
- Bei Verordnung mit spezifischen Produktangaben Bestell- und 7-stellige Hilfsmittelverzeichnisnummer (PZN) angeben.
- Aus abrechnungstechnischen Gründen nicht mehr als drei Produkte pro Rezept verordnen.
- Wichtig: Auf dem Rezept ist ein Hinweis auf den Verordnungsgrund anzugeben, z.B. Harninkontinenz nach TUR.
- Inkontinenzhilfsmittel zählen zu den zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln. Hier gilt eine gesetzliche Zuzahlungsregelung von 10% je Packung, höchstens jedoch 10 € pro Monat. Private Aufzahlungen des Patienten können sich aus der Differenz zwischen Abgabepreis und dem Erstattungsbetrag durch die Krankenkasse (max. Höhe der Festbeträge) ergeben.

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<table border="1"> <tr> <td>BVG</td> <td>Hilfs- mittel- art</td> <td>Impf- stoff</td> <td>Spr.-St. Bedarf</td> <td>Begr.- Pflicht</td> <td>Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>X</td> <td>8</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		BVG	Hilfs- mittel- art	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	6	X	8	9										
BVG	Hilfs- mittel- art	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK																			
6	X	8	9																					
<table border="1"> <tr> <td>Gebühr frei</td> <td colspan="2">Musterkrankenkasse</td> </tr> <tr> <td>Ges- am</td> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td>noctu</td> <td>Mustermann, Max</td> <td>geb. am</td> </tr> <tr> <td>Sonstige</td> <td>Fliederweg 19</td> <td>01.01.56</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000 Musterstadt</td> <td></td> </tr> </table>			Gebühr frei	Musterkrankenkasse		Ges- am	Name, Vorname des Versicherten		noctu	Mustermann, Max	geb. am	Sonstige	Fliederweg 19	01.01.56		00000 Musterstadt		Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
Gebühr frei	Musterkrankenkasse																							
Ges- am	Name, Vorname des Versicherten																							
noctu	Mustermann, Max	geb. am																						
Sonstige	Fliederweg 19	01.01.56																						
	00000 Musterstadt																							
<table border="1"> <tr> <td>Kassen-Nr.</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>1234567</td> <td>123456789</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>Unfall</td> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>12-34567</td> <td>01234567</td> </tr> <tr> <td>Arbeits- unfall</td> <td>Datum</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>03.11.09</td> <td></td> </tr> </table>			Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	1234567	123456789	123	Unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		12-34567	01234567	Arbeits- unfall	Datum			03.11.09		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status																						
1234567	123456789	123																						
Unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.																						
	12-34567	01234567																						
Arbeits- unfall	Datum																							
	03.11.09																							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			1. Verordnung																					
<table border="1"> <tr> <td>aut idem</td> <td colspan="2">Versorgungszeitraum 30 Tage</td> </tr> <tr> <td>aut idem</td> <td colspan="2">1002UB-18, 1 Stück</td> </tr> <tr> <td>aut idem</td> <td colspan="2">Beinbeutel, 10 Stück</td> </tr> <tr> <td>aut idem</td> <td colspan="2">Conveen Befestigungsbänder, 1 Paar</td> </tr> <tr> <td>aut idem</td> <td colspan="2">Harninkontinenz nach TUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>6666</td> <td></td> </tr> </table>			aut idem	Versorgungszeitraum 30 Tage		aut idem	1002UB-18, 1 Stück		aut idem	Beinbeutel, 10 Stück		aut idem	Conveen Befestigungsbänder, 1 Paar		aut idem	Harninkontinenz nach TUR			6666		2. Verordnung			
aut idem	Versorgungszeitraum 30 Tage																							
aut idem	1002UB-18, 1 Stück																							
aut idem	Beinbeutel, 10 Stück																							
aut idem	Conveen Befestigungsbänder, 1 Paar																							
aut idem	Harninkontinenz nach TUR																							
	6666																							
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			3. Verordnung																					
Unfalltag			1 5 9 9 9 9 0																					
Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer			Vertragsarztstempel																					
			Abgabedatum in der Apotheke																					
			Unterschrift des Arztes																					
			Muster 16 (7.2008)																					



**HYDROTECH**  
STRAUSBERG GmbH & Co. KG

Lehmkuhlenring 36  
D-15344 Strausberg  
Telefon: 0800 - 30 32 012  
Telefax: +49 (3341) 30 32 03  
E-Mail: [info@hydrotech-srb.de](mailto:info@hydrotech-srb.de)