



Foto: Shutterstock ©

Sanitätshaus
FROHNHÄUSER

Verordnungsleitfaden

INHALTSVERZEICHNIS

Hilfsmittelrezept

HomeCare

Orthopädie-Technik

Orthopädie-Schuhtechnik

Rehabilitation

Sanitätshaus



Für die schnelle Versorgung Ihrer Patienten hat das **Sanitätshaus Frohnhäuser** für ärztliche Partner diesen Verordnungsleitfaden zusammengestellt. Wir wollen Ihnen und Ihren Mitarbeitern mit dieser Übersicht die Arbeit erleichtern und für eine reibungslose Rezeptabwicklung sorgen.

Selbstverständlich sind wir für Ihre Fragen und Anregungen jederzeit gerne für Sie und Ihr Praxispersonal unter der Telefon-Nr. 06131-287110 oder per E-Mail unter: info@frohnhaeuser.com erreichbar.

Auch stehen wir Ihnen gerne für eine individuelle Problemlösung zur Verfügung. Wir bedanken uns für die gute Zusammenarbeit.

Ihr
Sanitätshaus Frohnhäuser



Krankenkasse bzw. Kostenträger **12345**
Musterkasse

Gebühr frei
 Geb. Name, Vorname des Versicherten **Musterfrau Gabriele**
 noctu **Musterstraße 1**
 Sonstige **12345 Musterstadt**

Kassen-Nr. **1234567** | Versicherten-Nr. **M123456789** | Status **1000 1**

Unfall Betriebsstätten-Nr. **481234567** | Arzt-Nr. **123456789** | Datum **22.07.2014**

Arbeits-unfall

BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nr. / IK
6	7	8	9		

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Arzneimittel

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Hilfsmittelrezept

HomeCare

Vertragsarztstempel
 Orthopädie-Technik

481234567
 Dr. med Manfred Mustermann
 Facharzt
 Unterschrift
 Waldweg 1
 98765 Waldhausen
 Telefon

Orthopädie-Schuntechnik

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut
 lohn

Kniebandage

aut
 idem

Diagnose: Gonalgie rechts

aut
 idem

6667

--	--	--	--	--

Abgabedatum
 in der Apotheke

Bei Arbeitsunfall
 auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer

Rehabilitation
 Unterschrift des Arztes
 Muster 16 (1.2013)

Sanitätshaus
 481234567

Hilfsmittelrezept

- > Verordnungen (VO) über Hilfsmittel belasten **nicht** das Budget.
- > Handschriftliche Änderungen und Ergänzungen bedürfen einer erneuten Arztunterschrift.
- > Einhaltung der wirtschaftlichen Verordnungsmengen (gem. MDK).

> **Zuzahlungspflicht**
 „Gebührenpflicht“ bzw. „Gebühr frei“ muss angekreuzt sein.

> **Datumsfeld**
 Das Datum muss vor der Lieferung liegen.

> **Produktname/Menge**
 Das Rezept sollte den allgemeinen oder konkreten Produktnamen oder die Hilfsmittelnummer und die Produktmenge (Stückzahl oder VE) enthalten.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		12345		Hilfsmittel (X)	Impf	Sozial	Stichtag	Apothekennummer / IK	
Musterkasse				6	7	8	9		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Zunahme		Gesamt Brutto			
Musterfrau Gabriele		01.01.1970							
Musterstraße 1 12345 Musterstadt				Applizitäts-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Tiere	
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		1. Verordnung					
1234567		M123456789		2. Verordnung					
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		3. Verordnung					
481234567		123456789		22.07.2014					
Rp. (Bitte Leertäume durchstreichen)		Vertragskassen-Nr.							
<input checked="" type="checkbox"/> Kniebandage		481234567		Dr. med Manfred Mustermann					
Diagnose: Gonalgie rechts				Facharzt Waldheim					
6666				98765 Waldhausen					
Bei Arbeitsunfall auszufüllen		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes					
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer		Muster 16 (1.2013)					
				481234567					

> **Hilfsmittel**
 Das Feld 7 muss angekreuzt sein.

> **Verordnungsfeld**
 Pro Rezept können maximal drei Artikel verordnet werden.

> **Diagnose**
 Diagnose oder ICD-Codes müssen vorhanden sein.

> **Stempel/Unterschrift**
 Das Rezept muss abgestempelt und unterschrieben sein. Erfolgt eine nachträgliche handschriftliche Änderung, so muss der Arzt dies erneut abzeichnen.



Hilfsmittelrezept

HomeCare

Orthopädie-Technik

Orthopädie-Schuhtechnik

Rehabilitation

Sanitätshaus

Ableitende Inkontinenzversorgung

Verordnungstext

> Genaue Produktbezeichnung
(Größe, Ausführung, Stückzahl) + PZN / HIMI-Nummer

Wirtschaftliche Versorgungsmenge (gem. MDK):

Einmalkatheter (max. 5 Stück / Tag)

Dauerkatheter (max. 1 Stück / Monat)

Beinbeutel (max. 10 Stück / Monat)

Nachtbeutel (max. 3 Stück / Monat)

Verordnungszeitraum

max. 3 Monate (z. B. max. 3 Dauerkatheter)

+ Diagnose

Ernährung

Verordnungstext

Enterale Ernährung:

- > Sondernahrung normalkalorisch mit Angabe zur Menge
- > Sondernahrung hochkalorisch mit Angabe zur Menge

Trinknahrung:

- > Standard-Trinknahrung normalkalorisch
- > Standard-Trinknahrung hochkalorisch mit Angabe zur Menge

Applikationshilfen, Verbandsstoffe

Systeme:

- > Genaue Produktbezeichnung mit Angabe zur Menge

+ Diagnose

Stomaversorgung

Verordnungstext

- > Produktbezeichnung (Größe und Stückzahl)
 - > Basisplatten (max. 15 Stück / Monat)
- > Beutel (90 Stück / Monat – Ausstreifbeutel 30 Stück / Monat)
 - > Kompressen (4 Wochen nach OP)
 - > Pflasterentferner (max. 1 x / Quartal)
 - > Hautschutzpaste (max. 1 x / Monat)
 - > Stomabandage

Verordnungszeitraum

max. 3 Monate

+ Diagnose

Hat der Patient zwei Stomaöffnungen, beispielsweise Colo- und Urostoma, sind beide zu nennen.

Wundversorgung

Verordnungstext

> Genaue Produktbezeichnung
(Größe, Ausführung, Stückzahl) + PZN

+ Diagnose

A man with a prosthetic right leg is captured in mid-stride, running on a rocky trail. He is wearing a blue and white athletic shirt and black shorts with red and white stripes. The background features a scenic view of a lake, mountains, and a clear blue sky. On the left side of the image, there are five horizontal, rounded rectangular buttons in different colors, each containing text. The background image is a high-quality photograph of a person with a prosthetic limb, likely a Paralympic athlete, running on a rocky trail. The scene is set in a beautiful natural environment with a lake and mountains in the background under a clear blue sky. The lighting suggests it's either early morning or late afternoon, with soft shadows and highlights. The overall mood is one of determination and achievement.

Hilfsmittelrezept

HomeCare

Orthopädie-Technik

Orthopädie-Schuhtechnik

Rehabilitation

Sanitätshaus

Bandagen & Orthesen

Verordnungstext

> Je zu verordnen nach betroffenem Körperteil

Versorgungsmenge

Bandagen je Körperteil nur alle 24 Monate (gem. MDK)

+ Diagnose

Mit vorgegebener Diagnose ist jederzeit eine Rezeptempfehlung möglich.

Phlebologische Kompressionstherapie

Verordnungstext

- > 1 Stück oder 1 Paar Kompressionsstrümpfe bis Knie nach Maß, evtl. Haftband, Kompressionsklasse (1-4 nach Indikation)
 - > 1 Stück oder 1 Paar Kompressionsstrümpfe bis Oberschenkel nach Maß, Haftband, Kompressionsklasse (1-4 nach Indikation)
- > 1 Stück Kompressionsstrumpfhose nach Maß (falls erforderlich), Kompressionsklasse (1-4 nach Indikation)

Verordnungszeitraum

Hygienische Hilfsmittel (Kompressionsstrümpfe)
als Wechseleausstattung möglich, sonst alle 6 Monate.

+ Diagnose

Lymphatische Kompressionstherapie

Verordnungstext

> 1 Stück oder 1 Paar Flachstrick-Kompressionsstrümpfe bis Knie nach Maß, Haftband, Kompressionsklasse (1-4 nach Indikation)

> 1 Stück oder ein Paar Flachstrick-Kompressionsstrümpfe bis Oberschenkel nach Maß, Haftband, Kompressionsklasse (1-4 nach Indikation)

> 1 Stück Flachstrick-Kompressionsstrumpfhose nach Maß, Kompressionsklasse (1-4 nach Indikation)

+ Diagnose

Nach 6 Wochen ist Wechselfersorgung möglich.

Beiblatt zwingend bei BEK-Versicherten beizufügen.

Angaben zum Versicherten: _____
Name, Vorname Geburtsdatum

Verordnungsdatum: _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kompressionspelotten mit Tasche | <input type="checkbox"/> Funktionszone Ellenbogen, vermehrte Einkehren bei E |
| <input type="checkbox"/> Haftrand / Hüftbefestigung | <input type="checkbox"/> Futterstoffe |
| <input type="checkbox"/> Schulterbefestigung / Kappe für Armstrümpfe | <input type="checkbox"/> schräger Abschluss Oberarm |
| <input type="checkbox"/> Bolero | <input type="checkbox"/> Silberbeschichtung |
| <input type="checkbox"/> Distaler schräger Fußabschluss | <input type="checkbox"/> Diagnose _____ |
| <input type="checkbox"/> Schräge Abschlüsse proximal, laterale Erhöhung, Überhöhung, Slipform | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> V-Einkehr, T-Ferse, 90° Fuß, anatomisch abgewinkelter Fuß | |
| <input type="checkbox"/> Ellipse, anatomisch abgewinkeltes Knie, Funktionszone Knie | |
| <input type="checkbox"/> Oberbeinerhöhung | |
| <input type="checkbox"/> geschlossene Fußspitze | |
| <input type="checkbox"/> Haftpads | |
- Stempel / Unterschrift

Beiblatt zur lymphatischen Kompressionsversorgung

Prothesen

Verordnungstext

> Je zu verordnen nach betroffenem Körperteil

+ Diagnose (rechts oder links)

Eine Verordnung über Interimsversorgung ist möglich.



Hilfsmittelrezept

HomeCare

Orthopädie-Technik

Orthopädie-Schuhtechnik

Rehabilitation

Sanitätshaus

Einlagenversorgung

Verordnungstext

> 1 Paar stützende Einlagen mit Polstersohle nach Maß

Zusätzliche Verordnungsmöglichkeiten

> Fersenspornaussparung / Polster
(+ Angabe siehe Diagnose Nr. 1)

> Verkürzungsausgleich
(+ Angabe siehe Diagnose Nr. 2)

> Rigidusfeder
(+ Angabe siehe Diagnose Nr. 3)

> Supinationskeil / Pronationskeil
(+ Angabe siehe Diagnose Nr. 4)

> Vorfußpolster
(+ Angabe siehe Diagnose Nr. 5)

Diagnosen

stützende, beschwerdelindernde Stellungsverbesserung z. B. bei

> Fersensporn = Nr. 1

> Beckenschiefstand / Achillodynie = Nr. 2

> Arthrose der Zehengrund- und Mittelgelenke = Nr. 3

> Knick-Senk-Spreizfuß, auch kontrakt = Nr. 4

> Senk-Spreizfuß mit Hammer-
oder Krallenzehnen = Nr. 5

> Hallux valgus

> Hohlfuß

Schuhwerk: Für fast alle Schuhe geeignet, da die Einlagen sehr dünn gefertigt sind.

Einlagenversorgung

Verordnungstext

> 1 Paar Weichpolsterbettungseinlagen nach Maß

Zusätzliche Verordnungsmöglichkeiten

> Fersenspornaussparung / Polster
(+ Angabe siehe Diagnose Nr. 1)

> Verkürzungsausgleich
(+ Angabe siehe Diagnose Nr. 2)

> Supinationskeil / Pronationskeil
(+ Angabe siehe Diagnose Nr. 4)

Diagnosen

> Fersensporn = Nr. 1
> Beckenschiefstand / Achillodynie = Nr. 2

> Knick-Senk-Spreizfuß, auch kontrakt = Nr. 4
> Ballenhohlfuß

Ausführung: spezielles Weichpolstermaterial, z. B. als Sportversorgung

Schuhwerk: Sportschuhe, sportliche Freizeitschuhe, Bequemschuhe

Hinweis: Weichschaumeinlagen sind auch individuell fräßbar.

Einlagenversorgung

Verordnungstext

1 Paar Bettungseinlagen elastisch nach Maß

Zusätzliche Verordnungsmöglichkeiten

- > Fersenspornaussparung /Polster (+ Diagnose Nr. 1)
- > Verkürzungsausgleich (+ Diagnose Nr. 2)
- > Rigidusfeder (+ Diagnose Nr. 3)
- > Supinationskeil / Pronationskeil (+ Diagnose Nr. 4)
- > Weichbettung langsohlig

Diagnosen

- > Fersensporn = Nr. 1
- > Beckenschiefstand/Achillodynie = Nr. 2
- > Arthrose der Zehengrund- und Mittelgelenke = Nr. 3
- > Knick-Senk-Spreizfuß, auch kontrakt = Nr. 4
- > Ballenhohlfuß

Schuhwerk: Sportschuhe, sportliche Freizeitschuhe, Bequemschuhe

Spezielle Einlagenversorgung & Maßschuhe

Verordnungstext

Diabetes:

- > 1 Paar Diabetes adaptierte Fußbettungen
langsohlig nach Formabdruck

Maßschuhe – Rezepttext:

- > 1 Paar orthopädische Schuhe nach Maß (+ *Bezeichnung z. B.*):

- Straßenschuhe
- Hausschuhe
- Sportschuhe
- Interimsschuh
- Langzeitverbandsschuh

+ Diagnose

Versorgung erst nach erfolgter Kostenzusage durch die Krankenkasse.



Hilfsmittelrezept

HomeCare

Orthopädie-Technik

Orthopädie-Schuhtechnik

Rehabilitation

Sanitätshaus

Rehabilitationshilfen

Verordnungstext

> z. B. Leichtgewichtsrollator

> z. B. Toilettenstuhl
(starr oder fahrbar)

> z. B. Gehstock
(mit oder ohne anatomischem Griff, höhenverstellbar)

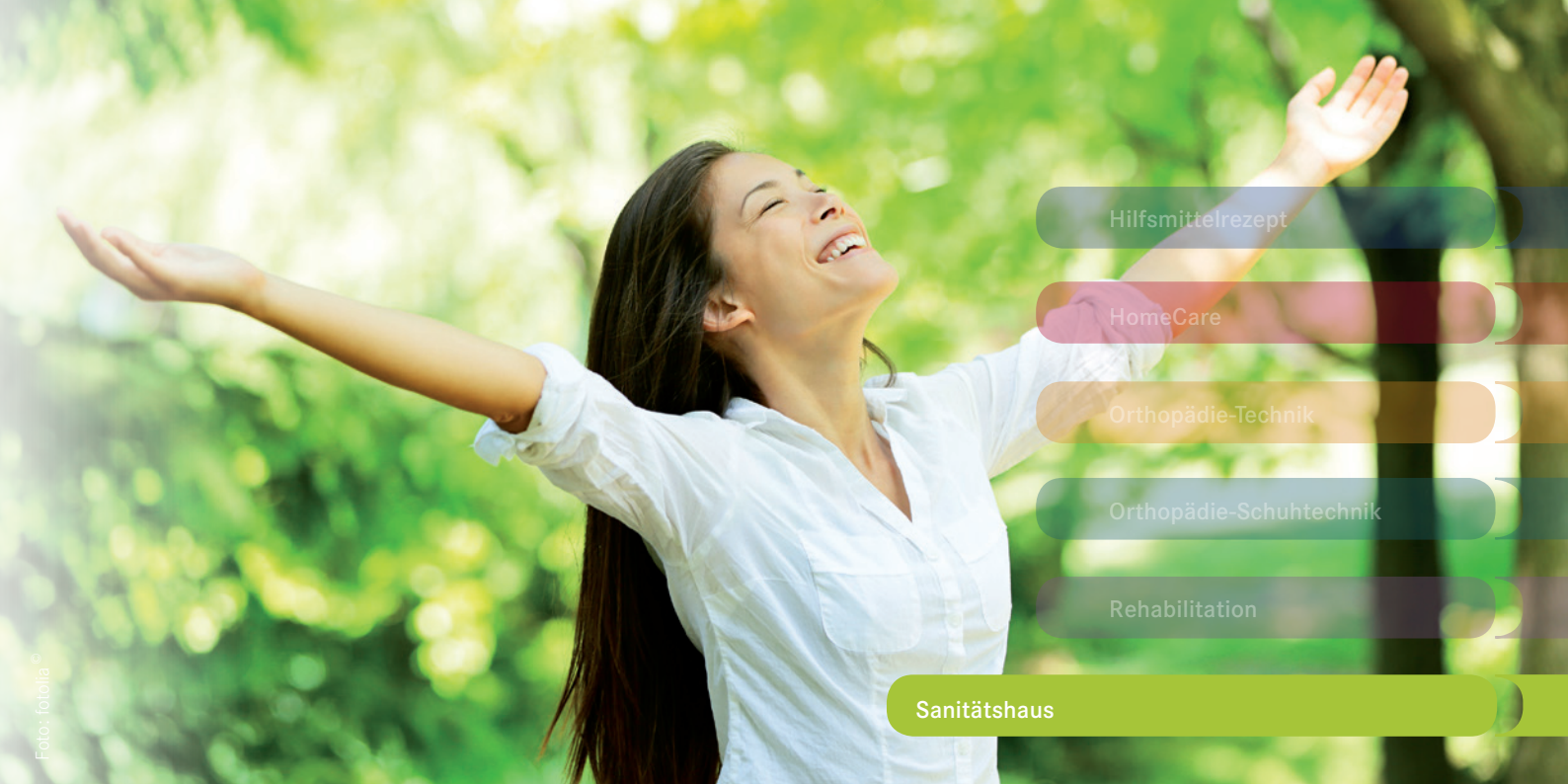
> z. B. Rollstuhl

> z. B. Pflegebett

Sowie sämtliche weiteren Rehabilitationshilfen, die die Teilnahme des Patienten am öffentlichen Leben ermöglichen.

+ Diagnose

Hinweis: Rehabilitationshilfen können auch leihweise verordnet werden.



Hilfsmittelrezept

HomeCare

Orthopädie-Technik

Orthopädie-Schuhtechnik

Rehabilitation

Sanitätshaus

Brustprothesen-Versorgung

Verordnungstext

- > Brustprothese (alle 2 Jahre)
- > Prothesen-BH (2 Stück pro Jahr)
- > Prothesen-Badeanzug (alle 2 Jahre)
 - > Kompressions-BH
(evtl. Stuttgarter Gürtel)

+ **Diagnose**

Aufsaugende Inkontinenzversorgung

Verordnungstext
Inkontinenzversorgung

+ Diagnose

Mainz-Zentrum

Stadthausstr. 8 · 55116 Mainz
Telefon: 06131 287110

Unsere Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag: 9.30 - 19.00 Uhr
Samstag: 9.30 - 18.00 Uhr

Mainz-Weisenau

Jakob-Anstatt-Str. 15 · 55130 Mainz-Weisenau
Telefon: 06131 287110

Unsere Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag:
8.00 - 17.00 Uhr

Mainz-Gonsenheim

Breite Str. 30 · 55124 Mainz-Gonsenheim
Telefon: 06131 2871193

Unsere Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag: 9.00 - 18.30 Uhr
Samstag: 9.00 - 13.00 Uhr

Ingelheim

Bahnhofstr. 24 · 55218 Ingelheim
Telefon: 06132 717713

Unsere Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag:
9.30 - 18.30 Uhr
Samstag: 9.30 - 13.00 Uhr

Oppenheim

Sant-Ambrogio-Ring 31 · 55276 Oppenheim
Telefon: 06133 926037

Unsere Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag:
9.00 - 12.45 Uhr & 14.00 - 18.00 Uhr
Samstag: 9.00 - 12.45 Uhr

Osthofen

Schwerdstr. 5-7 · 67574 Osthofen
Telefon: 06242 8693100

Unsere Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag:
9.00 - 13.00 Uhr & 14.00 - 18.00 Uhr
Samstag: 9.00 Uhr - 12.00 Uhr

Sanitätshaus
FROHNHÄUSER



Besuchen Sie uns auch im Internet:

www.frohnhaeuser.com