

Hilfsmittelrezept

*Beispiel-Rezept*

HomeCare

*Ableitende Inkontinenzversorgung, Ernährung,  
Stomaversorgung, Wundversorgung*

Orthopädie-Technik

*Bandagen & Orthesen, Phebologische Kompressionstherapie,  
Lymphatische Kompressionstherapie, Prothesen*

Orthopädie-Schuhtechnik

*Einlagenversorgung / stützende Einlagen, Einlagenversorgung / Weichpolsterbetteinlagen,  
Einlagenversorgung / Bettungseinlagen, Spezielle Einlagenversorgung & Maßschuhe*

Rehabilitation

*Reha-Hilfen: z.B. Gehstock, Pflegebett,  
Rollator, Rollstuhl, Toilettenstuhl uvm.*

Sanitätshaus

*Brustprothesen-Versorgung,  
Aufsaugende Inkontinenzversorgung*

**VERORDNUNGSLEITFADEN**

Krankenkasse bzw. Kostenträger **12345**

Gebühr frei **Musterkasse**

Geb. Name, Vorname des Versicherten **Musterfrau Gabriele** geb. am **01.01.1970**

noctu **Musterstraße 1**

Sonstige **12345 Musterstadt**

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

Arbeits-unfall Betriebsstätten-Nr. **481234567** Arzt-Nr. **123456789** Datum **22.07.2014**

BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St.-Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / 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

Rehabilitation  
Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (1.2013)

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut  
lohn

Kniebandage

aut  
ldem

Diagnose: Gonalgie rechts

aut  
ldem

6667

--	--	--	--	--	--

Abgabedatum  
in der Apotheke

Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

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.

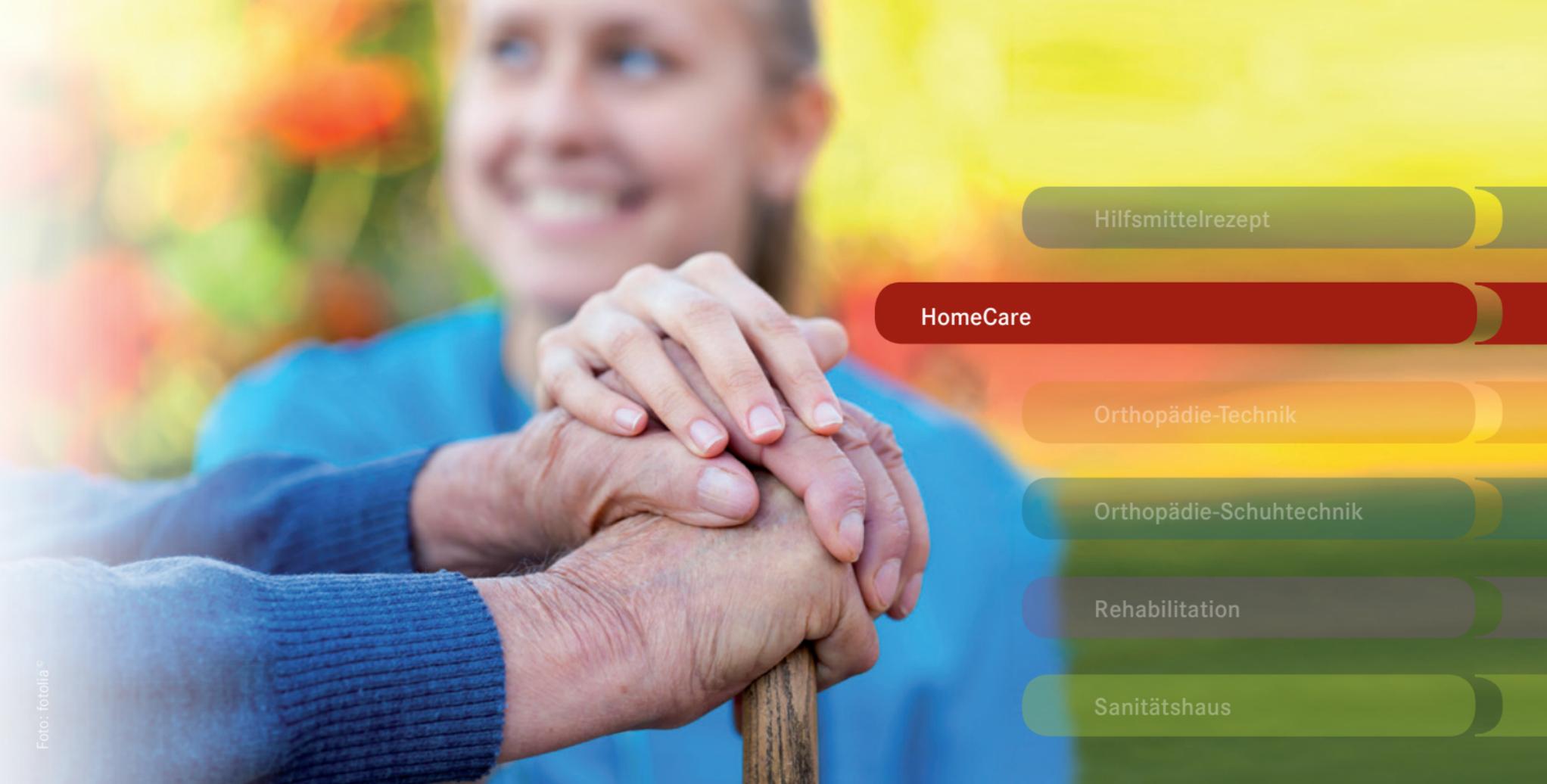
Krankenkasse bzw. Kostenträger		12345		Hilfsmittel (X)	Impf	Sozial	Steg. PKV	Apothekennummer / IK	
<b>Musterkasse</b>				6	7	8	9		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Zunahme		Gesamt Brutto			
<b>Musterfrau Gabriele</b>		<b>01.01.1970</b>							
Musterstraße 1 12345 Musterstadt				Arzneimittel-Nr.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

> **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 a red stripe. 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 man is wearing a blue and white athletic shirt and black shorts with a red stripe. The prosthetic leg is black and appears to be a running blade. 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 12 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

Perfect STEP

# 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 Krallenzehen = 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

## Verordnungstext

Diabetes:

- > 1 Paar Diabetes adaptierte Fußbettungen  
mit Diabetiker Schutzhuh

Versorgung erst nach erfolgter Kostenzusage durch die Krankenkasse.

+ Diagnose

Diabetes in Verbindung mit PNP

## Maßschuhe

### Verordnungstext

> 1 Paar orthopädische Schuhe nach Maß

+ Diagnose

Versorgung erst nach erfolgter Kostenzusage durch die Krankenkasse.



Hilfsmittelrezept

HomeCare

Orthopädie-Technik

Orthopädie-Schuhtechnik

Rehabilitation

Sanitätshaus

## Rehabilitationshilfen

### Verordnungstext

> z. B. Rollator

> z. B. Toilettenstuhl

> z. B. Gehstock

(mit oder ohne anatomischem Griff, höhenverstellbar)

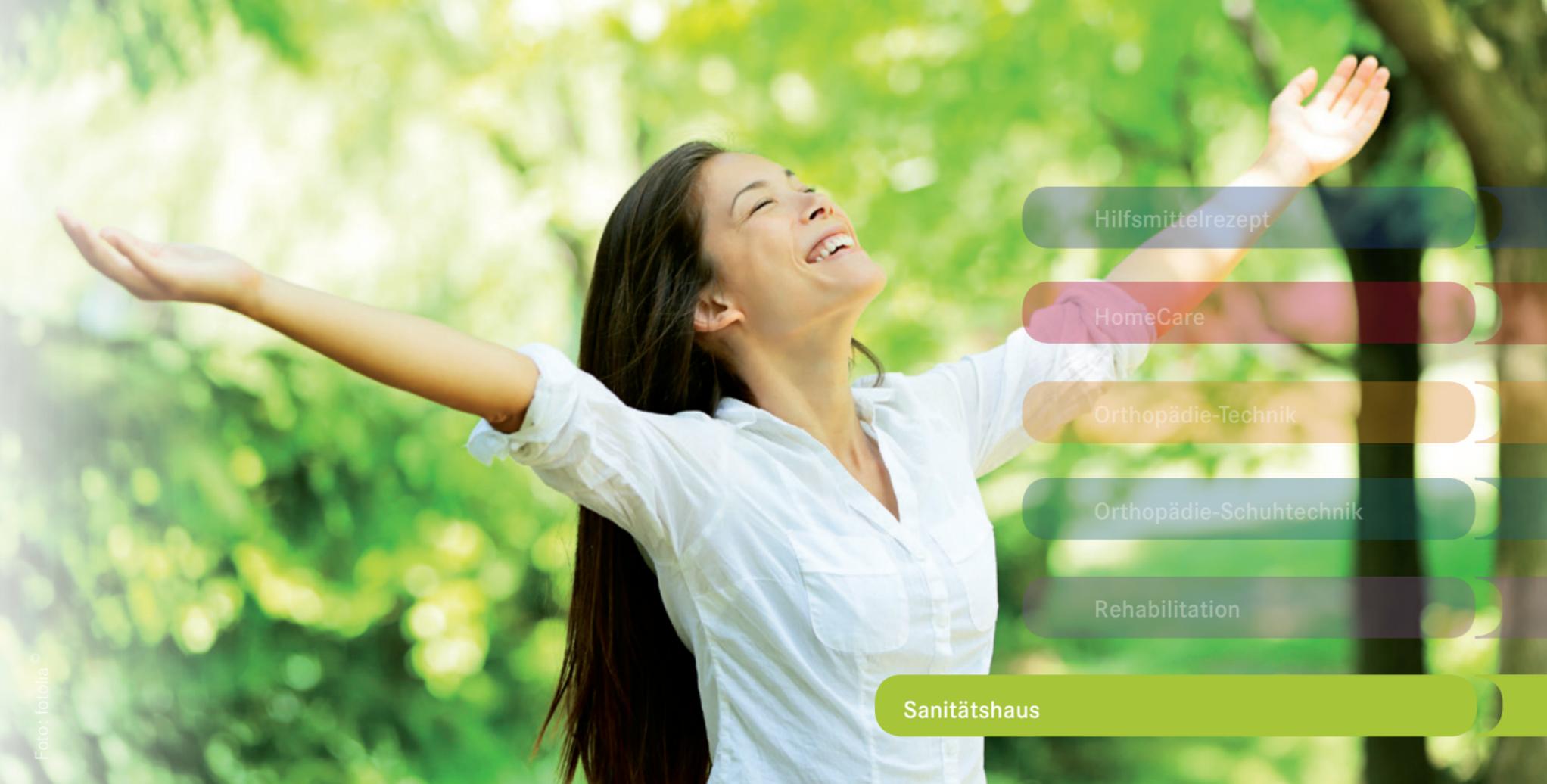
> z. B. Leichtgewichtsrollstuhl

> 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

**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

**Unsere Öffnungszeiten:**

Montag bis Freitag:

8.00 - 17.00 Uhr

**Mainz-Gonsenheim**

Breite Str. 41 · 55124 Mainz-Gonsenheim

**Unsere Öffnungszeiten:**

Montag bis Freitag:

9.00 - 13.00 Uhr und 14.00 - 18.30 Uhr

Samstag: 9.00 - 13.00 Uhr

**Ingelheim**

Bahnhofstr. 24 · 55218 Ingelheim

**Unsere Öffnungszeiten:**

Montag bis Freitag:

9.30 - 13.00 Uhr und 14.00 - 18.30 Uhr

Samstag: 9.30 - 13.00 Uhr

**Oppenheim**

Sant-Ambrogio-Ring 31 · 55276 Oppenheim

**Unsere Öffnungszeiten:**

Montag bis Freitag:

9.00 - 13.00 Uhr und 14.00 - 18.00 Uhr

Samstag: geschlossen

**Osthofen**

Schwerdstr. 5-7 · 67574 Osthofen

**Unsere Öffnungszeiten:**

Montag bis Freitag:

9.00 - 13.00 Uhr und 14.00 - 18.00 Uhr

Samstag: 9.00 Uhr - 12.00 Uhr