

Anlage 15

Apotheker(in)

APO

Bitte geben Sie hier die IK-Nummer der Betriebsstätte sowie den Namen der Fachlichen Leitung an, damit die Anlage dem entsprechenden Antrag zugeordnet werden kann:

| | |
|-------------------------------|--|
| IK-Nummer | |
| Name Fachliche Leitung | |

Bitte wählen Sie hier die gewünschten Versorgungsbereiche passend zu dem von Ihnen gestellten Antrag aus:

| Versorgungsbereich | | | Bezeichnung |
|--------------------|--------------------------|-----------------------|--|
| PG01 | <input type="checkbox"/> | 01A/01AR ¹ | Milchpumpen |
| | <input type="checkbox"/> | 01B/01BR | Sekret-Absauggeräte |
| | <input type="checkbox"/> | 01C/01CR | Hilfsmittel zur Wunddrainage |
| | <input type="checkbox"/> | 01D/01DR | Absaugkatheter, Absaugrohre für Laryngektomierte, Sonstiges Zubehör, Geschlossene Absaugsysteme |
| PG02 | <input type="checkbox"/> | 02A/02AR | Anziehhilfen, Ess- und Trinkhilfen, Rutschfeste Unterlagen, Greifhilfen, Halterungen, Umblättermittel, Blattwender, Schreibhilfen, Mundstab, Leseständer |
| | <input type="checkbox"/> | 02D/02DR | Armunterstützungssysteme, halbautomatische Speiseroboter |
| | <input type="checkbox"/> | 02E/02ER | Elektrische Greifhilfen |
| PG03 | <input type="checkbox"/> | 03A/03AR | Spülsysteme, schwerkraft- und pumpenabhängig |
| | <input type="checkbox"/> | 03B/03BR | Spritzen und Zubehör, Pens |
| | <input type="checkbox"/> | 03C/03CR | Transnasale und perkutane Ernährungssonden, Überleitsysteme, Mischsysteme, Zubehör |
| | <input type="checkbox"/> | 03D/03DR | Elektrisch betriebene Spülsysteme |
| | <input type="checkbox"/> | 03E/03ER | Pumpensysteme |
| | <input type="checkbox"/> | 03F/03FR | Trink- und Sondennahrung |

¹ R = räumliche Versorgung. Ein Geschäftslokal ist für die Abgabe des Hilfsmittels zwingend erforderlich. Ist der Versorgungsbereich nicht mit „R“ gekennzeichnet, findet die Versorgung im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten statt (mobile Versorgung).

| Versorgungsbereich | | | Bezeichnung |
|--------------------|--------------------------|----------|---|
| PG04 | <input type="checkbox"/> | 04BR | Badewannensitze, Duschhilfen, Badewanneneinsätze, Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen |
| PG05 | <input type="checkbox"/> | 05AR | Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie) |
| | <input type="checkbox"/> | 05BR | Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies) |
| | <input type="checkbox"/> | 05CR | Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies) |
| | <input type="checkbox"/> | 05FR | Bandagen (Versorgungen, konfektioniert) |
| PG07 | <input type="checkbox"/> | 07A/07AR | Blindenlangstöcke |
| PG08 | <input type="checkbox"/> | 08AR | Stoßabsorber, Verkürzungsausgleiche |
| PG09 | <input type="checkbox"/> | 09A/09AR | Elektrostimulationsgeräte |
| PG10 | <input type="checkbox"/> | 10AR | Gehgestelle, Fahrbare Gehhilfen, Hand-/Gehstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen |
| | <input type="checkbox"/> | 10C/10CR | Handstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen |
| | <input type="checkbox"/> | 14D/14DR | Aerosol-Inhalationsgeräte, Inhalationshilfen, PEP-Mundsysteme, PEP-Maskensysteme |
| | <input type="checkbox"/> | 14H/14HR | Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase |
| PG15 | <input type="checkbox"/> | 15A/15AR | Inkontinenzhilfen, außer Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität |
| | <input type="checkbox"/> | 15B/15BR | Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität |
| PG17 | <input type="checkbox"/> | 17AR | Medizinische Kompressionsstrümpfe, Strumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe |
| | <input type="checkbox"/> | 17BR | Medizinische Kompressionsstrümpfe außer Bein |
| PG18 | <input type="checkbox"/> | 18BR | Toilettenrollstühle, Duschrollstühle |
| PG19 | <input type="checkbox"/> | 19B/19BR | Krankenpflegeartikel, Produkte zur Hygiene im Bett, Waschsysteme, Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel |
| | <input type="checkbox"/> | 19CR | Hausnotrufsysteme |
| | <input type="checkbox"/> | 19D/19DR | Bettschutzeinlagen, Produkte zur Hygiene im Bett, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel |
| PG20 | <input type="checkbox"/> | 20B10R | Schulterabduktionslagerungshilfen Armlagerungsplatten bei Parese, Lagerungskeile, Therapiehilfen |

| Versorgungsbereich | | | Bezeichnung |
|--------------------|--------------------------|----------|---|
| | <input type="checkbox"/> | 20CR | Beinlagerungshilfen |
| | <input type="checkbox"/> | 20E/20ER | Sitzringe |
| PG21 | <input type="checkbox"/> | 21B/21BR | Messgeräte zur Lungenfunktionsmessung, Blutdruckmessgeräte Blutgerinnungsmessgeräte, Personenwaagen |
| PG22 | <input type="checkbox"/> | 22AR | Umsetz- und Hebehilfen, Aufstehhilfen/-vorrichtungen für Sessel/Stühle |
| PG23 | <input type="checkbox"/> | 23AR | Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie) |
| | <input type="checkbox"/> | 23BR | Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen oberhalb Knie) |
| | <input type="checkbox"/> | 23IR | Orthesen (Versorgungen, konfektioniert) |
| PG25 | <input type="checkbox"/> | 25CR | Okklusionspflaster, Uhrglasverbände |
| PG29 | <input type="checkbox"/> | 29A/29AR | Stomaartikel, Konfektionierte Stomabandagen |
| PG30 | <input type="checkbox"/> | 30A/30AR | Insulin-Kunststoffspritzen, Insulin-Pens, Blutzuckermessgeräte, Zubehör für Insulinpumpen |
| | <input type="checkbox"/> | 30B/30BR | Insulinpumpen, Insulinpumpentherapiesysteme, Insulin-Patch-Pumpen, Pumpeinheit, Insulinbehälter, Patch-Pumpen zum Austausch |
| | <input type="checkbox"/> | 30C/30CR | Blutzuckermessgeräte, rtCGM-Systemkomponenten rtCGM-Sensoren, rtCGM-Transmitter/Sender, rtCGM-Empfänger, rtCGM-Setzhilfen |
| PG33 | <input type="checkbox"/> | 33AR | Toilettenhilfen |
| PG99 | <input type="checkbox"/> | 99CR | Erektionsringe |
| | <input type="checkbox"/> | 99DR | Vakuum-Erektionssysteme |
| | <input type="checkbox"/> | 99ER | Vaginaltrainer |
| | <input type="checkbox"/> | 99I/99IR | Läuse- und Nissenkäme |
| | <input type="checkbox"/> | 99K/99KR | Schutzringe für Brustwarzen |

Bitte wählen Sie hier aus, ob die Abgabe der Hilfsmittel in den Räumlichkeiten der Betriebsstätte und/oder mittels Außendienstesinsatz im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten erfolgt:

| Angaben zu den Vertriebswegen: | | |
|--|--|--|
| Wir beabsichtigen die Hilfsmittel über folgende Vertriebswege abzugeben: | <input type="checkbox"/> | aus unseren Räumlichkeiten |
| | und/oder (soweit die VBs auch mobil versorgt werden dürfen!) | |
| | <input type="checkbox"/> | mobil, im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten |