

Unser Leistungsspektrum



• Home Care

- Inkontinenzprodukte
- Pflegehilfsmittel
- Wundversorgung
- Stoma
- Ernährung
- Pflegebetten
- Sauerstoffversorgung
- Absauggeräte
- Anti-Dekubitus-Matratzen

Ihre persönliche Inkontinenzberatung:

unizell

unizell Medicare GmbH
Pohnsdorfer Straße 3
23611 Bad Schwartau

☎ 0800-3301569

Diese Broschüre wurde Ihnen überreicht durch:



Zimeda GmbH & Co.KG
Dr.-Emil-Brichta-Str. 3
94036 Passau



Ihre zuverlässige Inkontinenzversorgung

Auf Rezept: Schnell, diskret und direkt
zu Ihnen nach Hause geliefert.



Als Spezialist für Inkontinenz versorgen
wir Sie mit Markenqualität.
Wir sind anerkannter Partner der Krankenkassen.

unizell

in Kooperation mit



Ihre Inkontenzprodukte

in nur drei Schritten



1. Schritt: Produktwahl

Rufen Sie uns an, wir helfen Ihnen gerne bei der Auswahl Ihrer Produkte.

Bei Bedarf senden wir Ihnen Muster zum Testen zu.



2. Schritt: Produkt bestellen / Produkt testen

Bestellen Sie einfach und bequem von zu Hause – telefonisch oder per E-Mail.



3. Schritt: Portofrei absenden

Senden Sie uns das ausgefüllte Kontaktformular, Ihr Rezept und ggf. die Kopie Ihres Befreiungsausweises im beiliegenden Freiumschlag zu.

Liegt ein Rezept für Inkontenzprodukte vor, übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die medizinisch notwendige Versorgung. Höherwertige Produkte, die das Maß des Notwendigen überschreiten, erfordern eine Aufzahlung.

Ihr Rezept

Richtig ausgefüllt mit nur vier einfachen Angaben

Folgende Angaben müssen enthalten sein:

- 1 DIAGNOSE:** z.B. „Harninkontenz“ oder „Harn- und Stuhlinkontenz“
- 2 PRODUKTART:** Eine namentliche Nennung ist nicht notwendig, „Inkontenzmaterial“ oder „Inkontenzprodukt“ ist ausreichend.
- 3 ZEITRAUM:** Angabe der Versorgungsdauer, bei Dauerversorgung bis 12 Monate möglich.
- 4 STEMPEL UND UNTERSCHRIFT** Ihres behandelnden Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Mitgl.	Impf.	Sozial	Beitrag	Beitrag	Beitrag	Apothekennummer / IK				
Geburts- jahr	Name, Vorname des Versicherten							Zuzahlung	Gesamt-Brutto				
Salz- zahl	geb. am							Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe			
netto	MUSTER							1. Verordnung					
Sonstige								Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	2. Verordnung		
Unfall								Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	3. Verordnung		
Arbeits- unfall	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							Vertragsarztstempel					
ja nein	1	2	3	4									
aus- stem	Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)								
aus- stem	Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer											

Als Versicherte/r ab 18 Jahren zahlen Sie die gesetzliche Zuzahlung (10% des Erstattungsbetrages), sofern kein Befreiungsausweis vorliegt.

Bitte ausfüllen und mitsenden!

Persönliche Daten des Versicherten

Name des Versicherten

Geburtsdatum

Telefonnummer für Ihre Bemusterung und Belieferung

Ggf. gesetzlicher Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/-r

Name des Pflegedienstes, wenn vorhanden

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich eine individuelle Beratung für meine Hilfsmittelversorgung wünsche. Der Kooperationspartner meines Sanitätshauses/Pflegedienstes, unizell Medicare GmbH, darf mich dazu unter oben genannter Telefonnummer gern anrufen.

Ort/Datum

Unterschrift des
Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten

