

## 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  MfG  Inval  Asyl  Bedarf  Sonst  Beitr  Pflicht  Apotheken-Nummer / IK

Geburts-  
tag

Name, Vorname des Versicherten

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

geb. am

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Vertragsarztsiegel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

1

2

3

4

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Abgabedatum in der Apotheke

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

