



People.Health.Care.

Bestellhilfe ReadyWrap® Medizinisches Adaptives Kompressionssystem.

Alternative zum Kompressionsverband in der 1. Phase der KPE.

Sehr geehrte/r Frau/Herr Dr. med.

vielen Dank für die Verordnung bei Frau/Herrn

Ich bitte um Verordnung der folgenden Hilfsmittel:

Untere Extremität

- ReadyWrap Toe** (Zehen)
Pos. Nr. im HMV: 17.99.99.0003
- ReadyWrap Foot CT** (Fuß)
Pos. Nr. im HMV: 17.06.23.3004
- ReadyWrap Calf** (Unterschenkel)
Pos. Nr. im HMV: 17.06.23.2004
- ReadyWrap Knee** (Knie)
Pos. Nr. im HMV: 17.06.23.1001
- ReadyWrap Thigh** (Oberschenkel)
Pos. Nr. im HMV: 17.06.23.0006
- ReadyWrap Extender Strap** (Verlängerungsband)
Pos. Nr. im HMV: 17.99.99.0003

Obere Extremität

- ReadyWrap Arm**
Pos. Nr. im HMV: 17.10.10.0002
- ReadyWrap Gauntlet** (Handschuh)
Pos. Nr. im HMV: 17.10.10.1002

Ausführung

- beidseitig links rechts



Indikationen

- Lymphödem ■ venöses Ödem ■ Ulcus Cruris Venosum

Stempel/Unterschrift



People.Health.Care.

ReadyWrap® im Überblick.



ReadyWrap ist als Hilfsmittel im Rahmen der initialen Entstauungstherapie bei Lymphödem und ausgeprägtem venösem Ödem sowie bei Ulcus Cruris Venosum als Alternative zur Bandagierung mit Binden Verordnungsfähig.

Rezeptbeispiel Beinversorgung (z. B. bei Beinlymphödem)

AOK		LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)	BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St- Bedarf	Begr- pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
Gebühr frei	Zuständige Krankenkasse								6	7	8	9				
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten Patientendaten								Zuzahlung Feld „7“ ankreuzen							
Sonstige	Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr. Faktor 17.06.23.2004									
Unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		17.06.23.3004									
Arbeits- unfall**)							17.99.99.0003									
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)																
aut idem	ReadyWrap Calf Unit Wadensystem 17.06.23.2								Diagnose: Lymphödem				Vertragsarztstempel Stempel und Unterschrift des Verordners			
aut idem	ReadyWrap Foot CT Unit links 17.06.23.3								Begründung: Entstauung, stark wechselnde Umfangsmaße, keine Bestrumpfung möglich							
aut idem	ReadyWrap Toe Unit links 17.99.99.0															
*) s. Rückseite																
Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.1999)																

AOK		LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)	BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St- Bedarf	Begr- pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
Gebühr frei	Zuständige Krankenkasse								6	7	8	9				
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten Patientendaten								Zuzahlung Feld „7“ ankreuzen							
Sonstige	Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr. Faktor 17.06.23.1001									
Unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		17.06.23.0006									
Arbeits- unfall**)							Ausstellungsdatum der Verordnung									
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)																
aut idem	ReadyWrap Knee Unit 17.06.23.1								Diagnose: Lymphödem				Vertragsarztstempel Stempel und Unterschrift des Verordners			
aut idem	ReadyWrap Thigh Unit 17.06.23.0								Begründung: Entstauung, stark wechselnde Umfangsmaße, keine Bestrumpfung möglich							
aut idem	ReadyWrap Extenderstrap 17.99.99.0															
*) s. Rückseite																
Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.1999)																