

sippa auf Rezept

Die Trinkhilfe sippa home und die dazugehörigen Artikel sind für Patienten mit Krankheitsbildern oder Behinderungen mit Schluckstörungen und einem Aspirationsrisiko, mit der Voraussetzung eines kooperativen Patienten, verordnungsfähig. Fragen Sie Ihren Arzt.

Die Kosten dafür werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Sie müssen lediglich 10% Zuzahlung leisten, maximal jedoch 10€.

Mit Rezept erhalten Sie sippa im **Sanitätshaus** oder in ausgewählten **Apotheken**.



Allgemeine Hinweise zur Verordnung:

Die Trinkhilfe sippa home kann als **Basic Set** oder als **Advanced Set** verordnet werden. Das **Advanced Set** beinhaltet zusätzliche Henkel sowie ein Ventil mit Auslaufschutz.

Beide **Sets** enthalten die zum Verbrauch bestimmten sippa pads für einen **Versorgungszeitraum** von **1 Monat**.

Bitte Beachten Sie, dass bei einer **Folgeberordnung** nur die sippa pads benötigt werden. Diese können als **Monatspackung** oder als **Jahrespackung** verordnet werden.

Folgende Ausfüllhinweise sollen die verordnenden Ärzte dabei unterstützen die Hilfsmittelverordnung vollständig und korrekt auszufüllen:

- Bei der Verordnung von Hilfsmitteln ist das Feld 7 zu kennzeichnen.
- Versicherten-Stammdaten sind anzugeben. Krankenkasse bzw. Kostenträger und Vertragskassennummer, Name, Vorname sowie Anschrift des Versicherten, Geburtsdatum des Versicherten, Gültigkeit der Krankenversichertenkarte, Kassen-Nr. (IK), Versichertennummer und Status.
- Versorgungszeitraum
- Angabe der Diagnose auf dem Rezept erforderlich (gilt nur für Hilfsmittel).

Krankenkasse bzw. Kostenträger Musterkrankenkasse		Hilfs- mittel- Bsp-Nr.	Impf- stoff- Bsp-Nr.	Diagnose- Bsp-Nr.	Apotheken-Nummer / IK
Name, Vorname des Versicherten Musterpatient, Max Musterstraße 1 11111 Musterstadt		geb. am 01.01.1901		Zusatzung Gewicht-Brutto	
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum 01.01.2019	
Rp. (Bitte Leeräume durchschreiben)					
sippa home Advanced Set					
Versorgungszeitraum 01.03.2020-31.03.2020					
Diagnose: Dysphagie, Aspirationsrisiko					
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)	
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer			

Musterverordnung

Bitte bei der Verordnung die **Hilfsmittelnummer 02.40.02.7002** und die entsprechende Artikelbezeichnung angeben:

Artikelnummer	Artikelbezeichnung	Inhalt
4260551630309	sippa home basic set	3 sippa pad (Ring mit integrierter Membran), 1 Becher, 1 Klemmring, 1 Deckel,
4260551630316	sippa home advanced set	3 sippa pad (Ring mit integrierter Membran), 1 Becher, 1 Klemmring, 1 Deckel, 2 Henkel, 1 Ventil
4260551630408	sippa home pad pack	Monatspackung: 3 sippa pad (Ring mit integrierter Membran)
4260551630507	sippa home equipment pack	2 Henkel, 1 Ventil
4260551630903	sippa home supply pack	Jahrespackung: 36 sippa pad (Ring mit integrierter Membran)

iuvas medical GmbH
Neuer Messplatz 3
79108 Freiburg
Tel +49 761 21 606 990
contact@iuvas.de



Mehr Information unter www.iuvas.de