

**1. Für Augenarztpraxen:** Bitte kreuzen Sie die benötigte Größe an!

Erstverordnung

Größe:  klein (48 x 60 mm)  groß (57 x 72 mm)  extragroß (57 x 80 mm)

**2. Für Eltern:** Bitte wählen Sie mit Ihrem Kind die gewünschten Designs aus!

**Designs 2012/2013**

Die Gesamt-Anzahl der Pflaster muss genau 100 Stück ergeben.

 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.
 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.
 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.
 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.
 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.	 <input type="text"/> x 10 St.

**3. Für Apotheken:** Bestellung an **0 23 02 / 9 56 66-95** faxen!

**Bitte Rezept  
mifaxen!**

Bitte prüfen Sie, ob insgesamt 100 Pflaster ausgewählt wurden!

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Mädchen  Junge

Apotheken-AnsprechpartnerIn: \_\_\_\_\_

Preise entnehmen Sie bitte der Lauer! **PZN: siehe Rückseite!**

Portofreie Lieferung innerhalb von 48 Std. (Mo.-Fr.)

Kundennummer:

Apothekenstempel:

## 1. Für Augenarztpraxen

- Füllen Sie bitte ein Rezept mit einer Verordnung für **Piratoplast® MIX** in der entsprechenden Größe aus.
- Markieren Sie auf dem umseitigen Bestellformular die Größe.
- Händigen Sie das Bestellformular zusammen mit dem Rezept den Eltern des Patienten aus! Bitten Sie diese, beides zusammen in der Apotheke abzugeben, nachdem die gewünschte Packungszusammensetzung von Kind und Eltern eingetragen wurde.

## 2. Für Eltern

- Wählen Sie mit Ihrem Kind umseitig die gewünschten Designs aus und tragen Sie bitte die gewünschte Anzahl auf dem Bestellformular ein.  
Beispiel: 2 x 10 Stück Pferdeköpfe, 2 x 10 Stück Pirat, 6 x 10 Stück Dinos
- Die Gesamt-Anzahl der Pflaster muss genau 100 Stück ergeben.**
- Geben Sie das Bestellformular zusammen mit dem Rezept in der Apotheke ab.

## 3. Für Apotheken

- Bringen Sie Ihren Adressstempel in dem vorgegebenen Feld an und tragen Sie ggf. Ihre Kundennummer und den Namen des Patienten ein.
- Bitte prüfen Sie, ob insgesamt 100 Pflaster (in 10er-Packs) ausgewählt wurden.
- Faxen Sie die Bestellung an Piratoplast®: **023 02 / 9 56 66 - 95!**  
Nach spätestens 2 Werktagen (Mo-Fr) erhalten Sie die angeforderte Packung Piratoplast® MIX portofrei.
- Die Preise entnehmen Sie bitte anhand der PZN der Lauertaxe.  
**klein: PZN 4047292      groß: PZN 4047317      extragroß: PZN 4047300**
- Das Rezept rechnen Sie wie gewohnt über die jeweilige Krankenkasse ab.

Augenpflaster sind **Hilfsmittel**  
und **voll erstattungsfähig**.  
Vorläufige **Hilfsmittelnummer**:  
**25.21.36.4.900**



Rev 2012-04-13