























# Für die nächste Piratoplast® MIX Bestellung Ihres kleinen Piraten

Bitte insgesamt  
**100 Stück** auswählen

Bitte faxen an 0231 28666-950

## Bestellformular für die Apotheke

01  x 10 Stück	02  x 10 Stück	03  x 10 Stück	04  x 10 Stück	05  x 10 Stück	06  x 10 Stück	07  x 10 Stück
08  x 10 Stück	09  x 10 Stück	10  x 10 Stück	11  x 10 Stück	12  x 10 Stück	13  x 10 Stück	14  x 10 Stück
15  x 10 Stück	16  x 10 Stück	17  x 10 Stück	18  x 10 Stück	19  x 10 Stück	20  x 10 Stück	21  x 10 Stück
22  x 10 Stück	23  x 10 Stück	24  x 10 Stück	25  x 10 Stück	26  x 10 Stück	27  x 10 Stück	28  x 10 Stück

## Für Augenarztpraxen:

Bitte kreuzen Sie die gewünschte **Klebervariante** und **Größe** an!

<b>NEUE PZN</b>	<input type="checkbox"/> klein PZN: 16037531	<input type="checkbox"/> klein PZN: 14306725
<b>extra SOFT</b>	<input type="checkbox"/> groß PZN: 16037548	<input type="checkbox"/> groß PZN: 14306719
Silikon- kleber	<input type="checkbox"/> extragroß PZN: 16037554	<input type="checkbox"/> extragroß PZN: 14306702



Standard-  
kleber

## Für Kinder und Eltern:

Junge  Mädchen

Vorname (optional): \_\_\_\_\_

Bitte wählen Sie gemeinsam mit Ihrem Kind die gewünschten Designs aus. Die **Gesamt-Anzahl** der Pflaster muss genau **100 Stück** ergeben. Wählen Sie dafür 10 Päckchen à 10 Stück aus. Sie können auch mehrere Päckchen pro Design auswählen.

Geben Sie das Bestellformular zusammen mit dem Rezept in einer Apotheke Ihrer Wahl ab.

**Augenpflaster sind Hilfsmittel und werden von der gesetzlichen Krankenkasse voll erstattet.**

\*2\*  
Patient

## Für Apotheken:

Bitte das vollständig ausgefüllte Bestellformular mit Auswahl von **100 Stück** Augenpflaster an Piratoplast faxen.

Apothekenstempel / Kundennummer: \_\_\_\_\_

Die Lieferung erfolgt nach spätestens 2 Werktagen portofrei und Sie können Ihre Patienten über die Abholung informieren. Die Preise entnehmen Sie bitte anhand der PZN der Lauer-Taxe. Das Rezept rechnen Sie, wie gewohnt, über die jeweilige Krankenkasse ab.

**Vorläufige Hilfsmittelnnummer: 25.21.36.4.900**

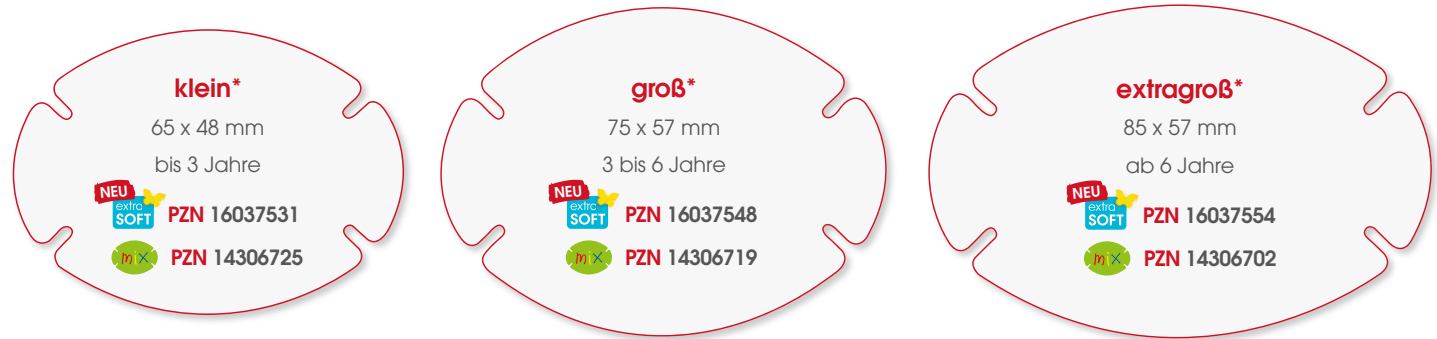
# Piratoplast® MIX Bestellung bei Folgeverordnungen

Damit Ihr Kind seine Lieblingspflaster ohne Unterbrechung – so wie von der Sehschule verordnet – tragen kann, haben wir Ihnen als Eltern dieses Bestellformular für die nächste Piratoplast MIX Bestellung direkt beigefügt.

Einfach von der Augenarztpraxis

- ein **Folgerezept ausstellen lassen**,
- gemeinsam mit Ihrem Kind die **Lieblingspflaster auf der Rückseite aussuchen**
- und das **Bestellformular in der Apotheke abgeben**.

Spätestens nach zwei Werktagen können Sie die Pflaster in der Apotheke abholen.



\* Pflaster sind proportional verkleinert

## Bestellvorgang

### Für Augenarztpraxen:

1. Damit Ihre kleinen Patienten ihre ausgewählten Lieblingspflaster erhalten, stellen Sie bitte unter Angabe der PZN ein **Rezept** mit einer Verordnung für **Piratoplast MIX Extra Soft** oder **Piratoplast MIX** in der entsprechenden Größe aus.
2. Geben Sie neben dem **Verordnungsgrund** optional auch eine **Begründung** für die ausgewählten Okklusionspflaster an, z.B. „zur Sicherstellung einer guten Compliance“.
3. Markieren Sie auf dem **Bestellformular** die **Pflastergröße** und die gewünschte **Klebvariante**.
4. Händigen Sie den **Eltern des Patienten** das Bestellformular zusammen mit dem Rezept aus.
5. Bitten Sie die Eltern das „**Bestellformular für die Apotheke**“ auszufüllen und es **mit dem Rezept in der Apotheke abzugeben**.

### Für Kinder und Eltern:

1. Wählen Sie gemeinsam die Lieblingsdesigns Ihres Kindes aus und tragen Sie die gewünschte Anzahl auf dem umseitigen Bestellformular ein. Die Designs werden in Päckchen mit jeweils 10 Pflastern geliefert. Wählen Sie 10 Päckchen aus. Sie können auch mehrere Päckchen pro Design auswählen.
2. Kontrollieren Sie, ob die Gesamtanzahl der Pflaster genau **100 Stück** ergibt.
3. Geben Sie das Geschlecht Ihres Kindes an und optional den Namen.
4. Geben Sie das Bestellformular zusammen mit dem Rezept in einer Apotheke Ihrer Wahl ab.

**Hinweis:** Augenpflaster sind Hilfsmittel und werden von der gesetzlichen Krankenkasse voll erstattet.

### Für Apotheken:

1. Bitte kontrollieren Sie die Vollständigkeit der vom Patienten ausgefüllten Daten sowie die Auswahl von **100 Stück** Augenpflastern (10 x 10er-Päckchen).
2. Nennen Sie Ihre Kundennummer (falls vorhanden) und bringen Sie Ihren Stempel an.
2. Faxen Sie die Bestellung an Piratoplast: **0231 28666-950!**
3. Nach spätestens 2 Werktagen erhalten Sie die angeforderte Piratoplast Mix-Packung portofrei und Sie können Ihre Patienten über die Abholung informieren.
5. Die Preise entnehmen Sie bitte anhand der PZN der Lauer-Taxe.
4. Das Rezept rechnen Sie, wie gewohnt, über die jeweilige Krankenkasse ab. **Vorläufige Hilfsmittelnummer: 25.21.36.4.900**

