

Bestellformular für die Apotheke

Bitte insgesamt
100 Stück auswählen

Bitte faxen an 0231 28666-950

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!

NEUE PZN	<input type="checkbox"/> klein PZN: 16037531	<input type="checkbox"/> klein PZN: 14306725
extra SOFT	<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

Bitte ein **Rezept** mit einer Verordnung für Piratoplast MIX Extra Soft oder Piratoplast MIX in der entsprechenden Größe ausstellen und PZN mit angeben. Das Rezept gemeinsam mit diesem **Bestellformular** an die Eltern weitergeben. Nach Auswahl von 100 Pflastern geben die Eltern das ausgefüllte Bestellformular gemeinsam mit dem Rezept in der Apotheke ab.

Erstverordnung inkl. Elternbroschüre

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

Für Apotheken:

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

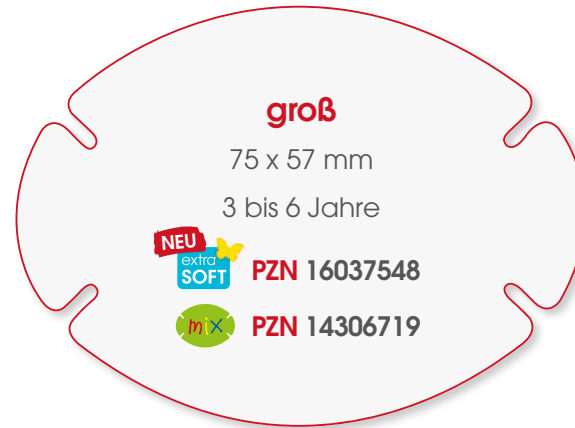
Apothekenstempel / Kundennummer: _____

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

Pflasterumrisse in Originalgröße

Piratoplast® MIX Extra Soft & MIX: 100 Augenpflaster zur individuellen Auswahl



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**

