

Cellacare® Materna Comfort

Für Macherinnen

Kurzer Leitfaden zur Bestellung über den
HomeCare-Partner PharmaCare GmbH

**Cellacare® Materna Orthesen
sind erstattungsfähige Hilfsmittel.
Sie können von Ihrer Ärztin oder
Ihrem Arzt als Kassenleistung
auf Rezept verordnet werden.**

Comfort



- vier Größen für eine individuelle Größenabdeckung, auch bei besonders kleinen und großen Größen sowie bei Mehrlingsschwangerschaften
- modernes Design mit femininer Anmutung
- die Zügelemente lassen sich dank der Handschlaufen einfach einstellen
- weiche Innenmaterialien und weiche Ränder
- für hohen Tragekomfort und angenehmes Hautgefühl
- lohne Naturkautschuklatex hergestellt

MUSTER-Bandage: zur Anprobe vor Ort

Rezept: **Bitte von der Patientin auf der Rückseite
des Rezepts unterschreiben lassen**

Größe: Bitte ausmessen und ankreuzen

Bestellschein: Bitte Vor- und Nachname sowie Lieferadresse eintragen

Das Rezept und den Bestellschein – portofrei – im beigefügtem Rückumschlag an die PharmaCare GmbH senden. Sie haben auch die Möglichkeit, das Rezept mit dem dazugehörigen Bestellschein

vorab
zu faxen an: **089-2 19 66 88 76**

Die Lieferung erfolgt dann an die entsprechende Lieferadresse.

bitte wenden.

**PharmaCare GmbH
Homecare und Klinikservice**

Raiffeisenallee 16 • 82041 Oberhaching
Telefon: 089-219 66 88-70 • Fax: 089-219 66 88-76
E-Mail: info@pharmacare.de • www.pharmacare.de

Hilfsmittel-Muster-Rezept

zuständigen Kostenträger angeben

Feld „7,“ ankreuzen (Hilfsmittel)

Patientendaten

allg. Orthesenart nennen

Datum der Verordnung

Stempel und Unterschrift des Arztes

Hilfsmittel-Nr. bis zur 7. Stelle

Muster

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Stempel

Einzel-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

LWS-Stabilisierungsohrthese mit Zugelementen:
z.B. Cellacare Materna Comfort
Größe
Hilfsmittelnummer 23.14.03.1
Indikation:

Abgegeben in der Apotheke

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!
Unfalltag

Unfallsbeleg oder Arbeitsgebernummer

Vertragsarztstempel

Vertrag

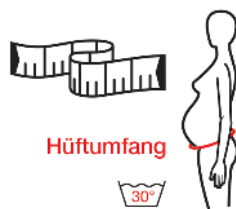
Stempel

Unterschrift

Muster 16 (7.2008)

Comfort

Größe	Hüftumfang (cm)	REF	PZN
1	80 - 90	129 901	140 398 62
2	95 - 110	129 902	140 398 79
3	110 - 125	129 903	140 398 85
4	125 - 140	129 904	140 398 91



Bitte senden Sie das Rezept und den ausgefüllten Bestellschein – portofrei – im beigefügten Rückumschlag an die PharmaCare GmbH.

Bestellschein Materna-Bandage

Ich bitte um Zusendung einer Materna-Bandage an folgende Adresse:

☐ Adresse der Patientin
☐ Adresse Frauenarztpraxis
☐ Hebammenpraxis
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name der Patientin: _____

Bitte die Größe ankreuzen.
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Datum: _____

Unterschrift: _____

PharmaCare GmbH * Homecare und Klinikservice * Raiffeisenallee 16 - 82041 Oberhaching

Muster

STEMPELFELD

IC MaternaBdg/214-03-2019

Sie erreichen unser medizinisches Fachpersonal montags bis freitags
von 08:00 bis 17:00 Uhr per Telefon ☎ oder WhatsApp 📞
unter der gebührenfreien Service-Nummer: **0800-74 222 73**

PharmaCare GmbH
Homecare und Klinikservice

Raiffeisenallee 16 • 82041 Oberhaching
Telefon: 089-219 66 88-70 • Fax: 089-219 66 88-76
E-Mail: info@pharmacare.de • www.pharmacare.de