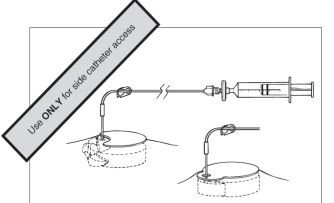


Kundennummer: \_\_\_\_\_

## Bestellung Neuromodulation-Zubehör

### Auffüll-Set/Bolus-Port-Set für SynchroMed® von Medtronic

Anzahl	Artikelnummer / Produktbezeichnung	
	<b>8551 Weißer Karton SynchroMed® Auffüll-Set</b> Inhalt: zwei nichtstanzende 22-Gauge Hubernadeln, Verlängerungsschlauch mit Klemme, 20 ml-Injektionsspritze, 0,22 µm-Bakterienfilter, Auffüll-Schablone, Abdecktuch	
	<b>8540 Blauer Karton SynchroMed® Katheterzugangsport-Set Zur Punktion des Septums des Katheterzugangsports</b> Inhalt: zwei nichtstanzende 25-Gauge Hubernadeln (mit orangefarbener Hülle) für SynchroMed®EL zwei nichtstanzende 24-Gauge Hubernadeln (mit lilafarbener Hülle) für SynchroMed®II Verlängerungsschlauch mit Klemme, 10 ml-Injektionsspritze, 0,22 µm-Bakterienfilter, Abdecktuch, 1 Schablone für SynchroMed®EL (Beschriftung in orange) 1 Schablone für SynchroMed®II (Beschriftung in lila)	

### Auffüll-Set/Bolus-Port-Set tricumed

Anzahl	Artikelnummer / Produktbezeichnung	
	<b>17856082 Auffüllset UNOpm</b> Inhalt: 50/60 ml Spritze; 2 x 10 ml Spritze; Verlängerungsschlauch mit Luer aktivierbaren T-Stück und Doppelrückschlagventil; 2 x Surecan® Kanüle 22G x 30mm; Lochtuch; Gebrauchsanweisung	
	<b>14139523 Auffüllset DUOpm</b> Inhalt: 2 x 20 ml Spritze aus dickwandigem und druckstabilen transparentem Polycarbonat; 10 ml Spritze mit Verlängerungsschlauch, 1-Wege-Hahn; 2 x Surecan® 22G x 30mm; Filter 0,2 µm; Lochtuch; Pflaster; Tupper; Gebrauchsanweisung	
	<b>15612192 Auffüllset QUATTRO</b> Inhalt: 4 x 10 ml Spritze; 10 ml Spritze mit Verlängerungsschlauch; Surecan® G 22 x 30 mm; Aufziehkanüle Sterican Kanüle 18G x 50 mm; Filter 0,2 µm; Lochtuch; Pflaster; Tupper; Gebrauchsanweisung	
	<b>Tricumed 003 Tricumed</b> Inhalt: Bolusset 1er	

### Die Abrechnung erfolgt:

- über Einrichtung (Klinik, Praxis)
- über Krankenkasse (bei Abrechnungen über die Krankenkasse bitte das **komplett ausgefüllte Sachkostenformular bei jedem zugesandten Rezept unterschrieben** und abgestempelt dazu legen!)
- auf eigene Rechnung
- über Apotheke

Datum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Vertragsarztes \_\_\_\_\_