

Kiadványunk célja a 2006. évi XCVIII. Gyftv. 12. § (1) pontja, illetve a 3/2009. (II.25.) EüM rendelet 5. § alapján egyrészt információ nyújtása a gyógyászati segédeszközök rendelésére, használatának betanítására és forgalmazására jogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkezők számára, másrészt segítség nyújtása olyan ismertetésnek nem minősülő szóbeli kereskedelmi kommunikációhoz, melyet a fogyasztókkal szemben alkalmaznak.

Sorszám: 999

## EMLÉKEZTETŐ

egyreszt gyógyászati segédeszközök felírásához a 14/2007. (III.14.) EüM rendelet alapján a Kft-nél kiadott 11. módosított változat 1. kivonata

**Csak belső használatra!**

A tájékoztatást és annak valamennyi mellékletét sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009. (II.25.) EüM rendelet értelmében – TILOS. Ezen tilalmak megszegése minden esetben jogi következményeket von maga után.

A gyógyászatsegédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

A szakorvos azt a terméket írhatja ki, amelynél a vonatkozó szakorvos oszlopában „F” betű található!

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Kihordási idő (hó)	Közgyógy	Megjegyzés	Szakképesítési követelmény										
								Bőrgyógyászat	Belgyógyászat	Érsebészet	Angiológia	Ortopédia-Traumatológia	Klinikai onkológia	Ortopédia.	Rehabilitáció	Gyermeksebészet	Sebészet	Traumatológia
	<p align="center"><b>Kötszerek</b></p> <p><i>Indikáció: Vénás és artériás eredetű fekély, sipoly, decubitus, neuropathiás fekély, epidermolysis bullosa, krónikus nyiroködéma, vasculitis, coagulopathia, traumás sebek, termikus károsodás, tracheostoma, Kock-rezervoár, bőrtranszplantáció.</i></p> <p><i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Legfeljebb 6 hónapig keresztiül sebllátásra, ha a test bármely részén kialakult hám- és szövethiány várhatóan több mint 6 héten keresztül nem gyógyul. Ha a kötszerekkel való kezelés időtartama a 6 hónapot eléri, azonban a seb állapotában nem történik dokumentálhatóan javulás, a kezelőorvos a REP ellenőrző főorvosának ellenjegyzésével folytathatja a kezelést. A rendelhető kötszer mérete az ellátandó seb méretét meghaladó legkisebb méretű kötszer. Egy kihordási idő alatt az indikációban felsorolt és azzal megegyező seb állapotának megfelelő típusú (elsődleges kötszer, másodlagos kötszer, kötészögzítő) és mennyiségű kötszer rendelhető. Egy vényen egy sebre együttesen legfeljebb három típusú kötszer rendelhető, amennyiben erre az indikációban foglaltak lehetőséget adnak. A legnagyobb kötszer méretét meghaladó sebnagyság esetén a legnagyobb kötszert meghaladó, de csak a seb területének megfelelő kötszer rendelhető.</i></p> <p><b>A termékekkel kapcsolatos bővebb információkért keresse a gyógyszerészetisegédeszköz-ismertető kollegánkat a +36/20/9465759 telefonszámon!</b></p>							<p><i>sebészet, gyermeksebészet, érsebészet, klinikai onkológia, sugárterápia, bőrgyógyászat, ortopédia-traumatológia, ortopédia, traumatológia, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, fül-orr-gégegyógyászat, gyermek fül-orr-gégegyógyászat, plasztikai (égési) sebészet, geriátria. Otthonukban vagy bentlakásos intézményben ápoltt, szakrendelés felkeresésére nem vagy kizárólag betegszállítással képes betegek esetében a beteg háziorvosa is. Megjegyzés: A mull-lapok esetében a szakképesítési követelmény eltérő!</i></p>										
	<p align="center"><b>Inhalátorok</b></p> <p align="center"><b>Ultrahangos inhalátorok</b></p> <p><i>Indikáció: mucoviscidosis, cronicus bronchitis, bronchiectasia asthma bronchiale, pseudocroup, tracheostoma</i></p>																	
	Cloud up-02	1	80	4.475	120	KGY	-	<i>Tüdőgyógyászat, gyermektüdőgyógyászat, fül-orr-gégegyógyászat, gyermek fül-orr-gégegyógyászat.</i>										
	<p align="center"><b>Kompresszoros inhalátorok</b></p> <p><i>Indikáció: mucoviscidosis, chronicus bronchitis, bronchiectasia, asthma bronchiale, pseudocroup, tracheostoma</i></p>																	
	<a href="#">Medel Family Silver</a>	1	80	3.750	72	KGY	-	<i>Tüdőgyógyászat, gyermektüdőgyógyászat, fül-orr-gégegyógyászat, gyermek fül-orr-gégegyógyászat.</i>										
	<a href="#">OMRON NE-C28</a>	1	80	3.750	72	KGY	-											
	<p align="center"><b>Szívók (nyák és váladékeltávolítók)</b></p> <p align="center"><b>Szívókészülékek tüdő és mellkasi megbetegedésekre</b></p> <p><i>Indikáció: obstruktív légúti megbetegedés, spontán váladékürítési képtelenséggel, légzőizom hypotonia, rekeszizom hypotonia, Guillain-Barre syndroma okozta légzésképtelenség, tracheostoma, gége- és algarattumor, gégesérülés, gégstenosis, tracheaszűkület.</i></p>																	
	<a href="#">M20 típusú váladékszívó</a>	1	80	7.500	120	KGY	-	<i>tüdőgyógyászat, gyermektüdőgyógyászat, fül-orr-gégegyógyászat, gyermek fül-orr-gégegyógyászat, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás.</i>										

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – tilos!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

1./26

sorszám: 999

A gyógyszerészetisegédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

A szakorvos azt a terméket írhatja ki, amelynél a vonatkozó szakorvos oszlopában „F” betű található!

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyed- gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Kihordási idő (hó)	Közgyógy	Megjegyzés	Szakképesítési követelmény												
								Bőrgyógyászat	Belgyógyászat	Érsebészet	Angiológia	Ortopédia-Traumatológia	Klinikai onkológia	Ortopédia.	Rehabilitáció	Gyermeksebészet	Sebészet	Traumatológia	Háziorvos 1 évig szakorvos jav.-ra	Sugárterápia
<b>Kompressziós harisnyák alsó végtagra, II. kompressziós fokozat</b>																				
<i>Indikáció: Varix műtét után kizárólag 6 hónapig, valamint krónikus vénás elégtelenség, kiterjedt alsóvégtagi varicositas, mechanikus trombozisz profilaxis, postthromboticus szindróma, gyógyult lábszárfekély fenntartó kezelése, angiodyplasia, veleszületett vagy szerzett krónikus nyiroködéma aktív ödema-mentesítő kezelése után fenntartó kezelésre.</i>																				
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: A kihordási időre rendelhető mennyiség egy oldali ellátásra vonatkozik. A rendelésnél az oldaliságot fel kell tüntetni.</i>																				
	<a href="#">Elastomed Komfort AD térdharisnya (standard)</a>	2	80	425	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Elastomed Komfort AF combközépig érő harisnya (standard)</a>	2	80	500	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Elastomed Komfort AG combtőig érő harisnya (standard)</a>	2	80	550	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Elastomed Komfort AM harisnyanadrág (standard)</a>	2	80	1.350	6	KGY	-	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Maxis Micro AD térdharisnya (standard)</a>	2	FIX	1081	6	-	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Maxis Micro AF combközépig érő harisnya (standard)</a>	2	FIX	1594	6	-	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Maxis Micro AG combtőig érő harisnya (standard)</a>	2	FIX	1800	6	-	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Maxis Micro AG/HB egyszáras harisnyanadrág (standard)</a>	2	80	934	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Maxis Micro AM harisnyanadrág (standard)</a>	2	80	1.934	6	KGY	-	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
<b>Kompressziós pólók</b>																				
<i>Indikáció: Phlebothrombosis, thrombophlebitis, kiterjedt alsóvégtagi varicositas, krónikus vénás elégtelenség, postthromboticus szindróma esetén, ha a sorozatgyártású kompressziós harisnya használata kontraindikált, valamint nyiroködéma komplex kezelésére Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: A kihordási időre rendelhető mennyiség egy oldali ellátásra vonatkozik. Rendelésnél az oldaliságot fel kell tüntetni.</i>																				
	<a href="#">Idealast 8cmx5m (80% megnyúlású)</a>	5	80	160	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Idealast 6cmx5m (80% megnyúlású)</a>	5	80	160	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Idealast 12cmx5m (80% megnyúlású)</a>	5	80	199	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Idealast 10cmx5m (80% megnyúlású)</a>	5	80	199	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Idealast Haft 8cmx4m (80% megnyúlású)</a>	5	80	160	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Idealast Haft 6cmx4m (80% megnyúlású)</a>	5	80	160	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Idealast Haft 12cmx4m (80% megnyúlású)</a>	5	80	199	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Idealast Haft 10cmx4m (80% megnyúlású)</a>	5	80	199	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Pütter 6cmx5m (90% megnyúlású)</a>	5	80	280	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Pütter 8cmx5m (90% megnyúlású)</a>	5	80	280	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Pütter 10cmx5m (90% megnyúlású)</a>	5	80	334	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F
	<a href="#">Pütter 12cmx5m (90% megnyúlású)</a>	5	80	395	6	KGY	oldalıság	F	F	F		F	F	F		F	F	F		F

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – tilos!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

2./26

sorszám: 999

A gyógyszersegédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

A szakorvos azt a terméket írhatja ki, amelynél a vonatkozó szakorvos oszlopában „F” betű található!

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Ki-hor-dási idő (hó)	Köz-gyógy	Megjegyzés	Szakképesítési követelmény												
								Bőrgyógyász	Andrológia	Gyermek nőgyógyász	Gyermeksebész	Szülészet-Nőgyógyász	Urológus	Neurológus	Klinikai onkológia	Ortopéd sz.	Orvosi rehabilitáció	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Sebészet	Sugárterápia
<b>Hasi sérvkötők és tartozékai</b>																				
<i>Indikáció: Hasfali, operált hasfali sérv, köldöksérv esetén.</i>																				
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Az eszköz rendelése akkor történhet, ha a beteg nem műthető, vagy a műtétet nem vállalja és e tények a beteg dokumentációjában rögzítésre kerülnek.</i>																				
<b>Adaptálható</b>																				
	<a href="#">Adaptálható hasi sérvkötő, normál (Prima-Protetika)</a>	2	70	2.888	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
<a href="#">PPH-10</a>	<a href="#">Gumiszövetes, tépőzáras haskötő</a>	2	70	2.888	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
<a href="#">PPHP-10</a>	<a href="#">Gumírozott hasemelős, tépőzáras haskötő</a>	2	70	2.888	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
<b>Egyedi méretvétel alapján egyedileg készített sérvkötők</b>																				
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Kizárólag abban az esetben rendelhető, ha a beteg mérete és deformitása miatt dokumentáltan nem látható el méretsorozatos vagy adaptív termékkel.</i>																				
<a href="#">H-12</a>	<a href="#">Bélelt haskötő, egyedi rendelésre készített</a>	2	70	6.188	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
H-33	Haskötő bélsártartó pelottával	2	70	7.875	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-11	Hasemelő	2	70	731	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-18	Hasemelő, széles	2	70	731	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-12	Oldalgumi ék,(pár)	2	70	731	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-13	Oldalgumi (pár)	2	70	1.538	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-22	Sérvpárna	2	70	638	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-25	Hasemelő párna	2	70	638	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-14	Oldalgombolás és harisnyatartó	2	70	1.069	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-26	Sérvpárna, nagyméretű	2	70	1.369	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-32	Második vászonbélés	2	70	638	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-33	Drill bélés	2	70	638	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-15	Harisnyatartó gumi (készlet)	2	70	136	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-21	Hegpárna	2	70	56	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-27	Vállszalag mindkét vállra	2	70	353	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
Ht-28	Stomanyílás kialakítása haskötőn, fűzőn	2	70	994	12	KGY	-			F	F	F			F		F	F	F	
<b>Lágyéksérvkötők Indikáció: lágyéksérv</b>																				
<a href="#">PPH-56</a>	<a href="#">Egyoldali gumiöves lágyéksérvkötő</a>	1	70	2.906	12	KGY	oldalíság			F	F	F	F	F				F	F	
	<a href="#">Adaptálható, egyoldali lágyéksérvkötő (Prima-Protetika)</a>	1	70	2.906	12	KGY	oldalíság			F	F	F	F	F				F	F	
<a href="#">PPH-58</a>	<a href="#">Kétoldali gumiöves lágyéksérvkötő</a>	1	70	5.100	12	KGY	-			F	F	F	F	F				F	F	
	<a href="#">Adaptálható, kétoldali lágyéksérvkötő (Prima-Protetika)</a>	1	70	5.100	12	KGY	-			F	F	F	F	F				F	F	
<b>Here vagy combsérvkötők Indikáció: here-, combsérv</b>																				
<a href="#">H-54</a>	<a href="#">Here-vagy combsérvkötő adaptálható (Prima-Protetika)</a>	1	70	961	12	KGY	oldalíság			F	F	F	F	F				F	F	F

Tartozékok:  
Kizárólag egyedi méretvétel alapján egyedileg készített hasi sérvkötőkhöz.

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – tilos!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

3/26

sorszám: 999

A gyógyászati segédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

A szakorvos azt a terméket írhatja ki, amelynél a vonatkozó szakorvos oszlopában „F” betű található!

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Kihordási idő (hó)	Közgyógy	Megjegyzés	Szakképesítési követelmény											
								Bőrgyógyászat	Belgyógyászat	Érsebészet	Angiológia	Ortopédia-Traumatólógia	Klinikai onkológia	Ortopédia.	Rehabilitáció	Gyermeksebészet	Sebészet	Traumatólógia	Háziorvos 1 évig szakorvos jav.-ra
<b>Befecskendező pisztolyok</b>																			
<i>Indikáció: Intenzifikált inzulinkezelésre szoruló diabetes mellitus (naponta három vagy több alkalommal inzulinkezelésre szoruló) 18 éven aluli beteg részére.</i>																			
	<a href="#">Novo Pen 3 peninjektorhoz PenMate</a>	1	80	680	36	KGY	-	Belgyógyászat, csecsemő és gyermek gyógyászat, endokrinológia											
<b>Egyszerhasználatos pen tűk</b>																			
<i>Indikáció: Inzulinkezelésre szoruló diabetes mellitus. Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: A kihordási időre rendelhető mennyiség egy penre vonatkozik.</i>																			
	<a href="#">Novo Fine Pen tű 31 G</a>	50	FIX	6	3	-	-	Szakképesítési követelmény: belgyógyászat, csecsemő- és gyermekgyógyászat, endokrinológia, valamint szakorvos javaslatára a beteg háziorvosa is. A szakorvosi javaslat maximális érvényességi időtartama: 12 hónap.											
<b>Fecskendőkkel kapcsolatos adagoló eszközök</b>																			
<b>Adagoló penek</b>																			
<i>Indikáció: Inzulinkezelésre szoruló diabetes mellitus, amennyiben a beteg - intenzifikált inzulin-terápiában (legalább napi háromszori inzulinadás) részesül vagy - 18 év alatti vagy - terhes vagy - vak vagy - gyengénlátó vagy - felső végtagjára mozgáskorlátozott. Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Inzulinfajtaiként 1-1 pen rendelhető.</i>																			
	<a href="#">Humapen Luxura Burgundy</a>	1	80	2.058	36	KGY	-	belgyógyászat, csecsemő- és gyermekgyógyászat, endokrinológia.											
	<a href="#">Humapen Luxura Champagne</a>	1	80	2.058	36	KGY	-												
	<a href="#">NovoPen 4</a>	1	80	2.058	36	KGY	-												
<b>Vércukorszintmérők és tesztsíkok</b> <i>Indikáció: inzulinkezelésre szoruló diabetes mellitus</i>																			
	Dcont Personal Optimum vércukorszintmérő	1	50	7.500	72	KGY	-	belgyógyászat, csecsemő- és gyermekgyógyászat, endokrinológia.											
	Dcont Personal Optimum Plusz	1	FIX	8.750	72	-	-												
<b>Tesztsíkok támogatott és nem támogatott vércukorszintmérőkhöz</b>																			
<i>Indikáció: inzulinkezelésre szoruló diabetes mellitus.</i>																			
	<a href="#">C-test 50 db/doboz tesztsík</a>	2/6/9 *	80	542	3	KGY	-	belgyógyászat, csecsemő- és gyermekgyógyászat, endokrinológia, valamint a szakorvos javaslatára a beteg háziorvosa is. A szakorvosi javaslat maximum érvényességi időtartama 12 hónap											
	<a href="#">Personal Actív Test 50 db/doboz tesztsík</a>	2/6/9*	80	584	3	KGY	-												
	Optimum Teszt (támogatott vércukorszint mérőkhöz)	2/6/9*	80	584	3	KGY	-												
	<a href="#">AccuCheck Active Glucose 50 db/ doboz</a>	2/6/9*	FIX	1.875	3	-	-												
* Naponta kétszeri inzulinadás esetén 2 doboz rendelhető (normatív indikáció) Naponta háromszori inzulinadás esetén 6 doboz rendelhető (Eü emelt indikáció) Naponta négyszeri vagy annál többszöri inzulinadás esetén, vagy ha a beteg 6 évnél fiatalabb 9 doboz rendelhető (Eü. kiemelt indikáció)																			

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – tilos!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

4./26

sorszám: 999

A gyógyszersegédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Ki-hor-dási idő (hó)	Köz-gyógy	Megjegyzés	Szakképesítési követelmény																	
								Idegsebészet	Ortopédia- traumatológia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Sebészet / Gyermeksebészet	Szülészet-nőgyógyász / gyermek-nőgyógyász	Urológia	Neurologia / gyermek neurologia	Háziorvos	Ortopédia	Neurologia	Reumatológia	Nefrológia	Traumatológia					
<b>Nem ortézisként használt izomingerlők</b>																									
<i>Indikáció: Végtagok pareticus, bénult izmainak rehabilitációja céljára, valamint inkontinencia esetén.</i>																									
<b>Elemmel működő</b>																									
	<a href="#">AT-1 Tens készülék</a>	1	50	5.381	72	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
<b>Hálózatról működő</b>																									
	<a href="#">Corposano KS-1/A</a>	1	80	9.363	120	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
	Ministim	1	80	9.363	120	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
	<a href="#">Tensel ME 2001</a>	1	80	9.363	120	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
<b>Ülőpárnák felfekvési sérülések megelőzésére</b>																									
<i>Indikáció: felfekvések megelőzésére, kialakult felfekvések kezelésére érzéskieséssel rendelkező, járásképtelen, mozgássérült betegeknek, akiknek az állapota végleges.</i>																									
30 77 50-2	MEYRA ADS egy légkamrás antidecubitus ülőpárna	1	80	21.699	60	KGY		ortopédia-traumatológia, ortopédia, traumatológia, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, sebészet, gyermeksebészet, geriátria, csecsemő- és gyermekgyógyászat, neurológia																	
	Relax GelCell 40x40 cm egy légkamrás antidecubitus ülőpárna	1	80	21.699	60	KGY																			
	Relax GelCell 43x43 cm egy légkamrás antidecubitus ülőpárna	1	80	21.699	60	KGY																			
	Relax GelCell 45x40 cm egy légkamrás antidecubitus ülőpárna	1	80	21.699	60	KGY																			
	<a href="#">Thuasne egy légkamrás antidecubitus ülőpárna</a>	1	80	21.699	60	KGY																			
	<a href="#">MAK 4 két légkamrás antidecubitus ülőpárna</a>	1	80	22.013	60	KGY																			
<b>Antidecubitus párnák kerekesszékekhez</b>																									
<i>Indikáció: Felfekvés megelőzésére kerekesszékét használó, érzéskieséssel nem rendelkező, járásképtelen, mozgássérült betegeknek</i>																									
	Gyo-Pár S-3 antidecubitus ülőgyűrű	2	80	448	24	KGY		<b>kizárólag a beteg háziorvosa, a következő szakképesítéssel rendelkező szakorvosok javaslatára: ortopédia-traumatológia, ortopédia, traumatológia, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, sebészet, gyermeksebészet, geriátria, csecsemő- és gyermekgyógyászat, neurológia. Szakorvosi javaslat érvényességi időtartama: 6 hónap.</b>																	
	Gyo-Pár S-7 antidecubitus kocsi	2	80	448	24	KGY																			
Perimed	<a href="#">DQP antidec.ülőpárna 931 tip. 70 kg alatt</a>	2	80	448	24	KGY																			
Perimed	<a href="#">DQP antidec.ülőpárna 932 tip. 70 kg felett</a>	2	80	448	24	KGY																			
<b>Antidecubitus- matracok és alátétek</b>																									
<i>Indikáció: Felfekvés megelőzésére, kialakult felfekvés kezelésére érzéskieséssel rendelkező, járásképtelen, mozgássérült betegeknek, akiknek az állapota végleges</i>																									
	<a href="#">N10 intenzív matrac Gyo-Pár típusú</a>	1	80	2.588	24	KGY		<b>kizárólag a beteg háziorvosa, a következő szakképesítéssel rendelkező szakorvosok javaslatára: ortopédia-traumatológia, ortopédia, traumatológia, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, sebészet, gyermeksebészet, geriátria, csecsemő- és gyermekgyógyászat, neurológia.. Szakorvosi javaslat érvényességi időtartama: 6 hónap.</b>																	
<a href="#">Perimed</a>	<a href="#">DQ antidec.matrac 931 tip. 70 kg alatt</a>	1	80	2.588	24	KGY																			
<a href="#">Perimed</a>	<a href="#">DQ antidec.matrac 932 tip. 70 kg felett</a>	1	80	2.588	24	KGY																			

A szakorvos azt a terméket írhatja ki, amelynél a vonatkozó szakorvos oszlopában „F” betű található!

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Kihordási idő (hó)	Közgyógy	Megjegyzés	Szakképesítési követelmény												
								Idgsebész	Ortopédia - traumatológia	Neurologia	Kézsebész	Gyermeksebész	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Háziorvos	Gyermekneurologia	Ortopédia Rehabilitáció (mozgásszervi)	Reumatológia	Sebész	Traumatológia	
<b>Egyszerhasználatos antidecubitus- alátétek</b>																				
<i>Indikáció: kialakult felfekvés esetén, járásképtelen, mozgássérült betegek számára, akiknek az állapota végleges</i>																				
<b>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: A kihordási időre rendelhető mennyiség a felfekvésnek kitett egy testtájra vonatkozik. Rendelésnél a testtáját fel kell tüntetni.</b>																				
	<a href="#">Moleina egyszerhasználatos antidecubitus alátét 40x60 cm</a>	30	80	10	1	KGY	<i>kizárólag a beteg háziorvosa, a következő szakképesítéssel rendelkező szakorvosok javaslatára: ortopédia-traumatológia, ortopédia, traumatológia, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, sebész, gyermeksebész, geriatéria, csecsemő- és gyermekgyógyászat. Szakorvosi javaslat érvényességi időtartama: 6 hónap.</i>													
	<a href="#">Tena egyszerhasználatos alátét 40x60 cm</a>	30	80	10	1	KGY														
	<a href="#">Tena egyszerhasználatos alátét 60x60 cm</a>	30	FIX	39	1	-														
	<a href="#">Tena egyszerhasználatos alátét 90x60 cm</a>	30	FIX	65	1	-														
<b>Gerincnyújtás eszközei és tartozékai - Fekvő helyzetű húzásra alkalmas eszköz</b>																				
<i>Indikáció: a térd- és csípőízület megbetegedése esetén vagy más okból fellépő flexiós kontraktúrák oldására, a nyaki gerincszakason jelentkező fájdalmak csillapítására</i>																				
<a href="#">E-40/A</a>	<a href="#">Nyújtókészülék (fekvő) támla nélkül</a>	1	80	2.750	36	KGY	-		F									F		
<a href="#">E-40/B</a>	<a href="#">Nyújtókészülék (fekvő) támlás</a>	1	80	2.575	36	KGY	-		F									F		
<b>Álló helyzetű húzásra alkalmas eszköz</b>																				
<i>Indikáció: gerinc degeneratív elváltozásaihoz társuló izomspasmusok, myogelózisok és kisízületi distortiók okozta fájdalmak esetén.</i>																				
<a href="#">E-44</a>	<a href="#">Ajtóra akasztható nyújtó készülék</a>	1	80	600	36	KGY	-		F									F		
<b>Ujj- és kéz torna eszközök</b>																				
<i>Indikáció: radialis paresis, extensor ín sérülése, ulnaris paresis, rheumatoid arthritis</i>																				
<a href="#">V-82</a>	<a href="#">Ujjtornáztató készülék (Prima-Protetika)</a>	1	70	11.438	12	KGY	oldaliság	F	F	F	F	F	F				F	F		
<b>Kar-, törzs- és láb torna eszközök</b>																				
<i>Indikáció: csípőízületi kontraktúra kezelésére</i>																				
<a href="#">J-98</a>	<a href="#">Csípő tornáztató készülék (Prima-Protetika)</a>	1	70	13.125	12	KGY	-		F									F		

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – tilos!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

6./26

sorszám: 999

A gyógyászati segédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

A szakorvos azt a terméket írhatja ki, amelynél a vonatkozó szakorvos oszlopában „F” betű található!

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Ki-hor-dási idő (hó)	Köz-gyógy	Megjegyzés	Szakképesítési követelmény																	
								Ortopédia-traumatológia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Gyermekneurológia	Háziorvos	Idegsebészet	Kezelőszakorv.	Neurologia	Onkológia	Ortopédia.	Rehabilitáció (mozgásszervi)	Reumatológia	Sebészet	Traumatológia					
<b>Gerincortézis rendszerek</b> <i>Indikáció: lumbago, postdissectomyas syndroma, spondylitis, spondylarthrosis, spondylolisthesis, fractura ossis pubis sine dislocatione</i>																									
<b>Méretsorozatos ágyék-keresztcsonti ortézisek</b>																									
<a href="#">PPF-17</a>	<a href="#">Medenceszorító öv, pelottával méretsorozatos</a>	1	50	3.231	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
F-17	Medenceszorító öv, pelottával méretsorozatos (Prima-Protetika)	1	50	3.231	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<a href="#">PPF-18</a>	<a href="#">Medenceszorító öv, bordásgumis</a>	1	50	3.231	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<a href="#">S-610</a>	<a href="#">Scudotex Medenceszorító öv</a>	1	50	3.231	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<b>Adaptív ágyéki- keresztcsonti ortézis</b> <i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Kizárólag abban az esetben rendelhető, ha a beteg mérete és deformitása miatt dokumentáltan nem látható el méretsorozato termékkel</i>																									
<a href="#">PPF-22</a>	<a href="#">Ágyéki háti ortézis, műanyag pelottával</a>	1	70	4.219	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<a href="#">PPF-23</a>	<a href="#">Medencefűző adaptálható</a>	1	70	4.219	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<a href="#">PPF-25</a>	<a href="#">Gumiszövetes hosszú gerincfűző</a>	1	70	4.219	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<b>Egyedi méretvétel alapján egyedileg készített ágyéki- keresztcsonti ortézis</b> <i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Kizárólag abban az esetben rendelhető, ha a beteg mérete és deformitása miatt dokumentáltan nem látható el méretsorozatos vagy adaptív termékkel</i>																									
<a href="#">F-24</a>	<a href="#">Ágyékfűző egyedi</a>	1	80	5.625	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<a href="#">F-25</a>	<a href="#">Hosszú gerincfűző, egyedi vászon</a>	1	80	6.250	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<a href="#">F-26</a>	<a href="#">Hosszú gerincfűző melltartóval, egyedi</a>	1	80	7.500	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<b>Mellkas-, ágyék- keresztcsonti ortézisek, műanyag (egyedi méretvétel alapján egyedileg gyártott)</b>																									
<a href="#">Boston</a>	<i>Indikáció: lumbalis scoliosis, Scheuermann kór, postoperatív strukturális defektus</i>	1	80	30.250	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<a href="#">Cheneau</a>	<i>Indikáció: háti strukturális deformitás, scoliosis, Scheuermann kór, postoperatív strukturális defektus</i>	1	80	44.500	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<a href="#">Gschwend</a>	<i>Indikáció: Scheuermann kór</i>	1	80	32.500	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<a href="#">Ülőkorzett</a>	<i>Indikáció: Háti strukturális deformitás, súlyosabb fokú scoliosis</i>	1	80	85.000	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<a href="#">Traumás fűző</a>	<i>Indikáció: Traumás sérülés vagy osteoporosis-eredetű csigolyatörés</i>	1	80	28.750	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<a href="#">Stagnara ortézis</a>	<i>Indikáció: háti stukturális deformitás, súlyosabb fokú scoliosis, Scheuermann kór</i>	1	80	37.500	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<a href="#">Ültető modul</a>	<i>Indikáció: ICP heimplegia, tetraparesis spatia adduktor tenotomia, társult scoliosis</i>	1						<b>egyedi méltányossági engedélyre</b>																	
<b>Nyaki ortézisek</b> <i>Indikáció: Spondylitis, discopathia, spondylarthrosis a nyaki szakaszon, torticollis, csigolyatumor, nyaki distorsio, degeneratív elváltozások, idegfájdalmak, egyszerű stabil törések, luxáció, luxációs törések primer nyújtását követően, dislocatióra hajlamos elváltozásoknál a fájdalom csökkentésére, megelőzésére. Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Kizárólag abban az esetben rendelhető, ha a beteg mérete és deformitása miatt dokumentáltan nem látható el méretsorozatos termékkel.</i>																									
<a href="#">PPF-74</a>	<a href="#">Állítható nyakrögzítő, műanyag</a>	1	70	3.938	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<b>Nyaki- mellkasi ortézisek (méretsorozatos)</b> <i>Indikáció: degeneratív elváltozások, idegfájdalmak, egyszerű stabil törések, luxatio, arthritis, luxatio törések primer nyújtását követően, diszlokációra hajlamos elváltozásoknál a fájdalom csökkentésére, megelőzésére.</i>																									
<a href="#">PPF-110</a>	<a href="#">Tartásjavító heveder</a>	1	50	2.344	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						
<a href="#">PPF-150</a>	<a href="#">Torniszter bandázs</a>	1	50	2.344	12	KGY	-	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F						

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – tilos!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

7./26

sorszám: 999

A gyógyászati segédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

## EMLÉKEZTETŐ

**PRIMA-PROTETIKA KFT**

**egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján**

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Ki-hor-dási idő (hó)	Köz-gyógy	Megjegyzés	Szakképzési követelmény																	
								Kézsebész	Belgyógyász	Gyermeksebész	Ortopédia-traumatológia	Idegsebész	Gyermek neurológia	Neurologia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Ortopédia.	Rehabilitáció (mozgásszervis)	Reumatológia	Sebész	Traumatológia					
<b>Felső végtag ortézis rendszerek</b>																									
<b>Kézortézisek, adaptálható</b> <i>Indikáció: distorsio, subluxatio, luxatio, arthritis, tendovaginitis, postoperatív állapot</i>																									
	<a href="#">Chrisofix tenyértámasztó alkarsín</a>	1	70	1.181	12	KGY	oldalíság	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
	Chrisofix ulnaris alkarsín	1	70	1.181	12	KGY	oldalíság	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
	<a href="#">Futuro csuklórögzítő fémmerevítéssel</a>	1	70	1.110	12	KGY	oldalíság	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
<a href="#">PPV-22</a>	<a href="#">Gumiszövetes csuklórögzítő</a>	1	70	1.110	12	KGY	oldalíság	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
<b>Egyedi méretvétel alapján egyedileg készített kézortézisek</b> <i>Indikáció: rheumatoid arthritis, n. radialis paresis, izom eredetű bénulások, központi idegrendszeri eredetű bénulás</i> <i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Kizárólag abban az esetben rendelhető, ha a beteg mérete és deformitása miatt dokumentáltan nem látható el adaptív termékkel.</i>																									
<a href="#">V-21</a>	<a href="#">Gumiszövetes, egyedi minta alapján</a>	1	80	2.100	12	KGY	oldalíság	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
<a href="#">V-21/M</a>	<a href="#">Műanyag csuklórögzítő</a>	1	80	2.424	12	KGY	oldalíság	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
<b>Csukló ortézisek</b> <i>Indikáció: rheumatoid arthritis, n. radialis paresis, izom eredetű bénulások, központi idegrendszeri eredetű bénulás, fájdalmas csuklóizületi mozgások kiiktatása</i>																									
<b>Adaptív csukló- kéz- ortézis</b>																									
	Chrisofix csuklóortézis	1	70	4.744	12	KGY	oldalíság	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
	Chrisofix hüvelykujj hosszú nyeregizületi- (radiális alkar –sín)	1	70	4.744	12	KGY	oldalíság	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
<b>Egyedi méretvétel alapján egyedileg készített</b>																									
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Kizárólag abban az esetben rendelhető, ha a beteg mérete és deformitása miatt dokumentáltan nem látható el adaptív termékkel.</i>																									
<a href="#">V-31/M</a>	<a href="#">Egyedi minta alapján, műanyag</a>	1	80	4.500	12	KGY	oldalíság	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
<a href="#">V-31</a>	<a href="#">Egyedi minta alapján, gumiszövetes</a>	1	80	2.475	12	KGY	oldalíság	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
<b>Csukló- és kéz ortézis</b> <i>Indikáció: distorsio, subluxatio, luxatio, arthritis, tendovaginitis, postoperatív állapot, központi és perifériás idegbénulás.</i>																									
	Chrisofix palmáris/voláris alkarsín hüvelyujj- támasszal	1	70	4.744	12	KGY	oldalíság	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
	Chrisofix palmáris/voláris alkarsín	1	70	2.475	12	KGY	oldalíság	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			
<b>Könyök ortézis</b> <i>Indikáció: post. op. állapot, könyökizületi instabilitás, arthrosis, arthritis</i>																									
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Kizárólag abban az esetben rendelhető, ha a beteg mérete és deformitása miatt dokumentáltan nem látható el adaptív termékkel.</i>																									
<a href="#">V-46/M</a>	<a href="#">Egyedi minta alapján készült, műanyag, fix</a>	1	80	15.250	12	KGY	oldalíság	F	F	F				F	F			F	F		F	F			
<a href="#">V-43/M</a>	<a href="#">Egyedi minta alapján, előkészített izülettel</a>	1	80	12.943	12	KGY	oldalíság	F	F	F				F	F			F	F		F	F			
<b>Váll- könyök ortézisek</b>																									
<i>Indikáció: vállizület, állizület és felső végtag műtétei után, luxatio humeroscapularis, luxatio acromioclavicularis, contusio omii, humerus diaphysis középső 3/5-ének törései, velőürsínezés után a stabilitás fokozására, lemezes OS után, ha a belső rögzítés mellett külső stabilizáció is szükséges, törés, elhúzódó gyógyulása esetén</i>																									
	<a href="#">Humerus rögzítő (Prima-Protetika)</a>	1	70	1.860	12	KGY	oldalíság	F	F	F				F	F			F	F		F	F			
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Kizárólag abban az esetben rendelhető, ha a beteg mérete és deformitása miatt dokumentáltan nem látható el adaptív termékkel.</i>																									
<a href="#">V-54/M</a>	<a href="#">Egyedi méretvétel, váll-, könyök-csuklórögz</a>	1	80	15.185	12	KGY	oldalíság	F	F	F				F	F			F	F		F	F			
<a href="#">V-55/M</a>	<a href="#">Egyedi méretvétel alapján, váll-, könyök-csuklótámasztó</a>	1	80	20.250	12	KGY	oldalíság	F	F	F				F	F			F	F		F	F			



## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Ki-hor-dási idő (hó)	Köz-gyógy	Megjegyzés	Szakképzési követelmény																		
								Érsebeszt	Belgyógyászat	Gyermeksebészet	Ortopédia-traumatológia	Idegsebészet	Gyermekneurológia	Neurológia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Ortopédia	Rehabilitáció (mozgástervezés)	Reumatológia	Sebészet	Traumatológia						
<b>Egyedi méretvétel alapján egyedileg készített patella ínra támaszkodó boka-láb ortézisek fixált bokaizülettel (18 év felett normatív/18 év alatt emelt indikáció!)</b>																										
<i>Indikáció: crhonicus bokazületi megbetegedések esetén, a bokazület részleges tehermentesítésére. Achilles in szakadása post. op. szakában</i>																										
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Kizárólag abban az esetben rendelhető, ha a beteg mérete és deformitása miatt dokumentáltan nem látható el méretsorozatos vagy adaptív termékkel.</i>																										
J-27/M	<a href="#">Patella ínra támaszkodó, fixált izülettel</a>	1	90/98	7000/1400	12	KGY	oldaliság					F				F	F		F		F					
<b>Lábbénulásra járógépek (18 év felett normatív/18 év alatt emelt indikáció!) Indikáció: alsóvégtag veleszületett bénulása</b>																										
	<a href="#">Scarpa készülék</a>	1	90/98	3.875/775	12	KGY	oldaliság					F				F	F				F					
<b>Adaptív térdortézisek gumiszövetes oldalsínnel Indikáció: térdizületi instabilitás</b>																										
PPJ-45	<a href="#">Térdortézis gumiszövetes oldalsínnel</a>	1	70	6.480	12	KGY	oldaliság			F	F					F	F		F		F					
PPJ-44/N	<a href="#">Térdortézis neoprén</a>	1	70	6.480	12	KGY	oldaliság			F	F					F	F		F		F					
	<a href="#">Genu Syncro 575</a>	1	70	6.480	12	KGY	oldaliság			F	F					F	F		F		F					
	<a href="#">Uriel IT-43B</a>	1	70	6.480	12	KGY	oldaliság			F	F					F	F		F		F					
<b>Adaptív térdortézisek, gumiszövetes szabályozható mozgásterjedelmű oldalsínnel Indikáció: térdizületi instabilitás esetén várhatóan legfeljebb 6 hétig tartó kezelésre</b>																										
	<a href="#">Genu Syncro2100</a>	1	70	13.009	12	KGY	oldaliság			F	F					F	F		F		F					
PPJ-46	<a href="#">Gumiszövetes szabályozható mozgásterjedelmű térdrögzítő oldalsínnel</a>	1	70	13.009	12	KGY	oldaliság			F	F					F	F		F		F					
PPJ-42	<a href="#">Tédrögzítő</a>	1	70	13.009	12	KGY	oldaliság			F	F					F	F		F		F					
<b>Egyedi méretvétel alapján egyedileg készített műanyag térdortézisek Indikáció: lezajlott degeneratív térdizületi betegség után, három hónapnál hosszabb ideig tartó kezelésre</b>																										
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Kizárólag abban az esetben rendelhető, ha a beteg mérete és deformitása miatt dokumentáltan nem látható el méretsorozatos vagy adaptív termékkel.</i>																										
J-41/M	<a href="#">3 hónapnál hosszabb kezelésre, merev térdizülettel</a>	1	80	11.750	12	KGY	oldaliság			F	F					F	F		F		F					
<i>Indikáció: nagyfokú térdizület-instabilitás esetén, 6 hétnél hosszabb ideig tartó kezelésre</i>																										
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Kizárólag abban az esetben rendelhető, ha a beteg mérete és deformitása miatt dokumentáltan nem látható el méretsorozatos vagy adaptív termékkel.</i>																										
J-42/M	<a href="#">Gyermek, 6 hétnél hosszabb ideig tartó kezelésre változtatható mozgástartománnyal (18 év alatt)</a>	1	80	18.125	12	KGY	oldaliság			F	F					F	F		F		F					
J-42/M	<a href="#">Felnőtt, 6 hétnél hosszabb ideig tartó kezelésre változtatható mozgástartománnyal (18 év felett)</a>	1	80	27.500	12	KGY	oldaliság			F	F					F	F		F		F					
<b>Térdizületi kontraktúra kezelő Indikáció: lábszár amputációt követően a térdizületi contractura megelőzésére</b>																										
L-220	<a href="#">Térdizületi kontraktúra kezelő</a>	1	80	3.200	12	KGY	oldaliság	F		F	F					F	F			F	F					





## EMLÉKEZTETŐ

**PRIMA-PROTETIKA KFT**

**egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján**

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Kihordási idő (hó)	Közgyógy	Megjegyzés	Szakképzési követelmény													
								Kézsebészet	Klinikai onkológia	Gyermeksebészet	Ortopédia-traumatológia	Idegsebészet	Sugárterápia	Neurologia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Ortopédia	Rehabilitáció (mozgástervezés)	Reumatológia	Sebészet	Traumatológia	
<b>Alsó végtag protézisek</b>																					
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: A kihordási időre rendelhető mennyiség egyoldali ellátásra vonatkozik, a rendelésnél az oldaliságot fel kell tüntetni. A nettó 400 000 forintot meghaladó közfinanszírozás alapjául elfogadott áru eszközök támogatásához az adott beteg számára történő ismételt rendeléskor a REP ellenőrző főorvosának szakmai ellenjegyzése szükséges.</i>																					
<b>Lábcsonkra</b> <i>Indikáció: láb veleszületett, ill. szerzett, részleges vagy teljes hiánya</i>																					
<a href="#">L-111</a>	<a href="#">Műanyag protézis lábcsonkra, elől lábszár középig érő támasszal</a>	1	98	2.409	24	KGY	oldalıság	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, ortopédia-traumatológia, ortopédia, traumatológia szakképesítéssel rendelkező szakorvos, rehabilitációra alkalmas rendelési helyen, ahol az eszközök kipróbálása és betanítása biztosított (ahol az ortopéd műszerész és a gyógytornász jelenléte biztosított).													
<a href="#">L-112</a>	Öntőgyanta protézis lábcsonkra, elől térdig érő támasszal	1	98	2.663	24	KGY	oldalıság														
L-113	Műa. prot. lábcsonkra, térdig érő tokkal	1	98	3.608	24	KGY	oldalıság														
L-114	Műa. protézis. lábcsonkra, ízületes oldalsínnel, bőrtokkal	1	98	4.175	24	KGY	oldalıság														
L-131	Bőrszandál (mobilizátor) lábcsonkra	1	98	1.529	24	KGY	oldalıság														
<b>Lábszárcsonkra</b> <i>Indikáció: láb és a lábszár veleszületett, ill. szerzett hiánya</i>																					
<b>Megjegyzes:</b> Az aktivitási szintek meghatározása a Russek-skala alapján történik. 1 mobilitásiszint: protézishasználat beltérben, 2 mobilitási szint: Korlátozott protézishasználat kültérben, 3 mobilitási szint: korlátlan protézishasználat beltérben és kültérben.																					
<a href="#">L-211</a>	Műa protézis lábszárcsonkra, szíjas függesztéssel	1	98	5000	12	KGY	oldalıság	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, ortopédia-traumatológia, ortopédia, traumatológia szakképesítéssel rendelkező szakorvos, rehabilitációra alkalmas rendelési helyen, ahol az eszközök kipróbálása és betanítása biztosított (ahol az ortopéd műszerész és a gyógytornász jelenléte biztosított).													
<a href="#">L-212</a>	<a href="#">Műanyag protézis lábszárcsonkra, ízületes oldalsínnel, bőr combrészel</a>	1	98	5000	12	KGY	oldalıság														
<a href="#">L-253</a>	<b>Csővázis protézisek lábszárcsonkra, szíjas függesztéssel, 1 aktivitási szintű amputáltak részére</b>	1	98	5000	24	KGY	oldalıság														
L-254	Csővázis lábszárprotézis ízületes oldalsínnel, bőr combrészel <b>1. aktivitási szintre</b>	1	98	5000	24	KGY	Oldalıság														
<i>Indikáció: Láb és lábszár veleszületett vagy szerzett hiánya esetén, ideiglenes protézis legalább három hónapig történő kötelező viselése után, ha a csonk kialakult, és a protézis használója felkészült az eszköz viselésére.</i>																					
<a href="#">L-251</a>	<a href="#">Csővázis lábszárprotézis hosszú csonkra, 2-3-as aktivitási szintre</a>	1	98	5000	36	KGY	oldalıság														
<a href="#">L-252</a>	<a href="#">Csővázis lábszárprotézis. rövid csonkra, 2-3-as aktivitási szintre</a>	1	98	5000	36	KGY	oldalıság														
<b>Térdcsonkprotézisek</b> <i>Indikáció: láb, a lábszár és comb veleszületett vagy szerzett hiánya</i>																					
<a href="#">L-354</a>	Térdcsonkprotézisek térdizületi exarticularis csonkra	1	98	5000	36	KGY	oldalıság														

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – TILOS!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

sorszám: 999

A gyógyászati segédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Ki-hor-dási idő (hó)	Köz-gyógy	Megjegyzés	Szakképzési követelmény											
								Kézsebészet	Klinikai onkológia	Gyermeksebészet	Ortopédia-traumatológia	Idegsebészet	Sugárterápia	Neuroológia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Ortopédia	Rehabilitáció (mozgásszervis)	Reumatológia	Sebészet
<b>Combcsonkprotézisek</b> <i>Indikáció: láb, a lábszár és comb veleszületett vagy szerzett hiánya</i>																			
<b>Megjegyzés:</b> Az aktivitási szintek meghatározása a Russek-skala alapján történik. 1 mobilitásiszint: protézishasználat beltérben, 2 mobilitási szint: Korlátozott protézishasználat kültérben, 3 mobilitási szint: korlátlan protézishasználat beltérben és kültérben.																			
L-601	<a href="#">Csővázás combprotézis, zárt térdizülettel, 1 aktivitási szintre</a>	1	98	5000	24	KGY	oldalíság												
L-602	<a href="#">Csővázás combprot., nyitható térdizülettel, 1 aktivitási szintre</a>	1	98	5000	24	KGY	oldalíság												
L-602/K	<a href="#">Csővázás combprotézis, könnyített (légpárnás), 1 aktivitási szintre</a>	1	98	5000	24	KGY	oldalíság												
L-324	<a href="#">Geriátriai protézis combcsonkra, térdzárás</a>	1	98	5000	24	KGY	oldalíság												
<i>Indikáció: Láb és lábszár és comb veleszületett vagy szerzett hiánya esetén, ideiglenes protézis legalább három hónapig történő kötelező viselése után, ha a csonk kialakult, és a protézis használója felkészült az eszköz viselésére.</i>																			
L-355	<a href="#">Csővázás combprotézis hosszú csonkra, 2-3 aktivitási szintre</a>	1	98	5000	36	KGY	oldalíság												
L-356	<a href="#">Csővázás combprotézis rövid csonkra, 2-3 aktivitási szintre</a>	1	98	5000	36	KGY	oldalíság												
<b>Csípőizületi csonkra nem verőér szűkület miatt amputáltak részére</b> <i>Indikáció: Indikáció: Nem verőér-szűkület miatti amputáció, valamint medence-resectio esetén 2. és 3. aktivitási szintű betegek részére, vagy 1. aktivitási szintű betegek részére dokumentáltan indokolt esetben.</i>																			
L-414	<a href="#">Csővázás csípőprotézis</a>	1	98	5000	36	KGY	oldalíság												
<b>Ideiglenes alsóvégtag protézis</b> <i>Indikáció: láb, lábszár és comb veleszületett, ill. szerzett hiánya</i>																			
L-250	<a href="#">Ideiglenes protézis lábszárcsonkra</a>	1	98	3000	12	KGY	oldalíság			<b>F</b>	<b>F</b>					<b>F</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	
L-350	<a href="#">Ideiglenes protézis combcsonkra</a>	1	98	3125	12	KGY	oldalíság			<b>F</b>	<b>F</b>					<b>F</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	
L-450	<a href="#">Ideiglenes csípőprotézis</a>	1	98	5000	12	KGY	oldalíság			<b>F</b>	<b>F</b>					<b>F</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	
<b>Lábszárprotézisek az alsó végtagok fejlődési rendellenességeire</b>																			
<i>Indikáció: láb, lábszár és comb veleszületett, ill. szerzett hiánya</i>																			
L-511	<a href="#">Műanyag lábszárprotézis fejlődési rendellenességre</a>	1	98	5000	12	KGY	oldalíság												
<i>Indikáció: A comb fejlődési rendellenességre visszavezethető hiánya esetén.</i>																			
L-512	Műanyag combprotézis, térdizület nélkül	1	98	5000	12	KGY	oldalíság												
L-513	Műanyag combprotézis térdizülettel	1	98	5000	12	KGY	oldalíság												
Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, ortopédia-traumatológia, ortopédia, traumatológia szakképesítéssel rendelkező szakorvos, rehabilitációra alkalmas rendelési helyen, ahol az eszközök kipróbálása és betanítása biztosított (ahol az ortopéd műszerész és a gyógytornász jelenléte biztosított).																			

A szakorvos azt a terméket írhatja ki, amelynél a vonatkozó szakorvos oszlopában „F” betű található!

## EMLÉKEZTETŐ

**PRIMA-PROTETIKA KFT**

**egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján**

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Kihordási idő (hó)	Közgyógy	Megjegyzés	Szakképzési követelmény																	
								Kézsebészet	Klinikai onkológia	Gyermeksebészet	Ortopédia-traumatológia	Idegsebészet	Sugárterápia	Neuroológia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Ortopédia	Rehabilitáció (mozgásszerv)	Reumatológia	Sebészet	Traumatológia					
<b>Kiegészítők alsóvégtagprotézisekhez</b> <i>Megjegyzés: Kizárólag alsóvégtag protézisekhez</i>																									
Lt-21	Lábszárfüggesztő	1	98	149	12	KGY	oldalíság																		
Lt-31	Combfüggesztő	1	98	170	12	KGY	oldalíság																		
Lt-32	Marx-rendszerű függesztő bandázs	1	98	240	12	KGY	oldalíság																		
Lt-33	Gumis vagy csigás vállszalag	1	98	45	12	KGY	oldalíság																		
Lt-50	Ízületes oldalsínes medence vagy deréköv	1	98	218	12	KGY	oldalíság																		
Lt-51	Ízületes oldalsínnel, bőr	1	98	769	12	KGY	oldalíság																		
Lt-55	Ízületes oldalsínnel, műanyag	1	98	2119	12	KGY	oldalíság																		
<b>Csonkharisnyák</b>																									
<b>Csonkharisnyák normál csonkra</b> <i>Indikáció: láb, lábszár, comb vagy medence csonkolása után</i>																									
Lt-91	<a href="#">Csonkharisnya pamutból</a>	2 db	98	93	6	KGY	oldalíság																		
Lt-92	<a href="#">Csonkharisnya gyapjúból</a>	2 db	98	191	6	KGY	oldalíság																		
<b>Csonkharisnyák normál csonkra csonkbehúzáshoz</b> <i>Indikáció: Alsó végtag protézishez normál csonk esetén</i>																									
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: A kihordási időre rendelhető mennyiség egy oldali ellátásra vonatkozik. A rendelésnél az oldaliságot fel kell tüntetni.</i>																									
Lt-93	Csonkbehúzó csőharisnya	2 m	98	69	6	KGY	oldalíság																		
<b>Kozmetikai harisnyák alsóvégtag protézishez</b> <i>Indikáció: Csővázis alsó végtag protézishez</i>																									
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: A művégtag átvétele után eltelt 6. hónapot követően rendelhető. A kihordási időre rendelhető mennyiség egy oldali ellátásra vonatkozik. A rendelésnél az oldaliságot fel kell tüntetni.</i>																									
Lt-95	<a href="#">Kapronharisnya</a>	2 db	98	65	6	KGY	oldalíság																		
<b>Csonkharisnyák oedemás csonkra</b> <i>Indikáció: láb, lábszár vagy comb csonkolása utáni nagyfokú oedema esetén</i>																									
	<a href="#">Otto Bock, lábszárcsonkra, I. kompresszió</a>	2	98	133	6	KGY	oldalíság																		
	<a href="#">Otto Bock, combcsonkra, I. kompresszió</a>	2	98	143	6	KGY	oldalíság																		
	<a href="#">Otto Bock, lábszárcsonkra, II. kompresszió</a>	2	98	129	6	KGY	oldalíság																		
	<a href="#">Otto Bock, combcsonkra, I. I. kompresszió</a>	2	98	148	6	KGY	oldalíság																		
<b>Csonkharisnyák érzékeny csonkra, géllal bevonva</b> <i>Indikáció: láb, lábszár, comb, vagy medence csonkolása után atrophias, csontos, valamint bőrplasztikázott és heges csonkra.</i>																									
	<a href="#">Otto Bock Derma Seal Forte</a>	2	98	329	6	KGY	oldalíság																		
	<a href="#">Otto Bock Derma Seal</a>	2	98	276	6	KGY	oldalíság																		
	<a href="#">Otto Bock Derma Seal Double Forte</a>	2	98	479	6	KGY	oldalíság																		

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – TILOS!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

sorszám: 999

A gyógyászatsegédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

15./26.

A szakorvos azt a terméket írhatja ki, amelynél a vonatkozó szakorvos oszlopában „F” betű található!

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Kihordási idő (hó)	Közgyógy	Megjegyzés	Szakképzési követelmény											
								Kézsebészet	Klinikai onkológia	Gyermeksebészet	Ortopédia-traumatológia	Idegsebészet	Sugárterápia	Neurologia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Ortopédia	Rehabilitáció (mozgásszervi)	Reumatológia	Sebészet
<b>Emlőprotézisek (típustól függően a közgyógyra adhatóság és az ár változhat!) Megjegyzés: A kihordási időre felírható mennyiség egyoldali ellátásra vonatkozik, és a felírásnál az oldaliságot fel kell tüntetni.</b>																			
	Ideiglenes emlőprotézis <i>Indikáció: teljes vagy részleges emlőamputáció után a seb gyógyulásáig, a sugárterápia befejezéséig</i>	1	80	típus függő	12	KGY	oldaliság	F					F					F	
	Szilikonos emlőprotézisek <i>Indikáció: fejlődési rendellenesség esetén, ill., teljes amputáció után, a teljes seggyógyulást, illetve sugárkezelést követően</i>	1	80		12	KGY	oldaliság	F					F						F
<b>Melltartók (típustól függően a közgyógyra adhatóság és az ár változhat!) Indikáció: emlő teljes vagy részleges eltávolítása után, a külső (ideiglenes vagy végleges) protézis viselésére</b>																			
	<a href="#">Szilikonos emlőprotézishez melltartó normál méret</a>	2	70	típus függő	12	KGY	oldaliság	F					F					F	
	<a href="#">Szilikonos emlőprotézishez melltartóextra méret</a>	2	70		12	KGY	oldaliság	F					F						F

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – TILOS!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

sorszám: 999

A gyógyászati segédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

16./26.

A szakorvos azt a terméket írhatja ki, amelynél a vonatkozó szakorvos oszlopában „F” betű található!

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó írtási díj/db	Ki-hor-dási idő (hó)	Köz-gyógy	Megjegyzés	Szakképzési követelmény														
								Kézsebészet	Klinikai onkológia	Gyermeksebészet	Ortopédia-traumatológia	Idegsebészet	Sugárterápia	Neurologia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Ortopédia	Rehabilitáció (mozgásszervis)	Reumatológia	Sebészet	Traumatológia		
<b>Ortopéd lábbelik és tartozékai</b>																						
<p><i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Az ár tartalmazza az alaptartozékokat. Azonos kihordási időn belül vagy lúdtalpbetét vagy ortopéd cipő rendelhető. A beteg orvosi dokumentációjában az indikációt fel kell tüntetni.</i></p> <p><i>Emelt indikáció: Járóképes beteg alsóvégtag-paralysise vagy súlyos paresise esetén, vagy 16 év alatti beteg esetén 6 hónapra rendelhető. A beteg orvosi dokumentációjában az indikációt fel kell tüntetni. (kivéve a C-1 Ortopéd cipő deformált lábra)</i></p> <p><b>Cipő, deformált láb párnának ellátásához, vagy protézishez, vagy ortézishez</b></p> <p><i>Indikáció: Párja cipő másik lábra vagy kozmetikus művégtagra vagy alsóvégtag protézisre vagy külsőkengyeles járókészülekhöz.</i></p>																						
C-0	Egyedi párja cipő másik lábra	1	50	9063	12/6	KGY	oldalosság							F			F	F				
<b>Ortopéd cipők, deformált lábra</b>																						
<p><i>Indikáció: 30 fokot meghaladó hallux valgus vagy kalapácsujj fennállása vagy hallux rigidus vagy a láb ízületeinek előrehaladt fájdalmas arthrosisos elváltozásai vagy valgus sarokdőlés (CVPTV érték= 3 felett) vagy pes planovalgus esetén, ha talpi nyomást megjelenítő eszközön, a talpszéli szalag szélessége meghaladja a teljes talpszélesség 2/5-öd részét, járóképes beteg számára.</i></p>																						
C-1	Ortopéd cipő deformált lábra	2	50	10.000	12	KGY	-							F			F	F				
<b>Ortopéd cipő erősen deformált lábra</b>																						
<p><i>Indikáció: A láb equinus, calcaneus, cavus, valgus (CVPTV érték= 3 felett), varus (Demeglio 0 felett), adductus deformitása vagy nagymértékű nyirok pangás miatti deformitása esetén vagy bénulásos megbetegedés ellátására vagy belső szandálos járókészülekhöz, vagy az alsó végtag rövidülése esetén, ha 4,50 cm-nél nem nagyobb emelés szükséges járóképes beteg számára. Korrekció jelzése: /A /C /E /V.</i></p>																						
C-2	Ortopéd cipő erősen deformált lábra	2	80	8750	12/6	KGY	-							F			F	F				
<b>Ortopéd cipő csonkolt vagy rövidült végtagra</b>																						
<p><i>Indikáció: 4,50 cm-t meghaladó alsóvégtag-rövidülés esetén 25 cm-ig tartó emeléssel vagy mobilizátor alkalmazásánál vagy csonkolt lábak Pirogov, Chopart, Lisfranc szintű vagy bármely metatarsus bázisáig terjedő csonkolás esetén járóképes beteg számára.</i></p>																						
C-3	Ortopéd cipő csonkolt vagy rövidült végtagra	1	90	5216	12/6	KGY	-							F			F	F				
<b>Ortopéd cipő erősen deformált és rövidült végtagra</b>																						
<p><i>Indikáció: 4,50 cm-t meghaladó alsóvégtag-rövidülés esetén, 25 cm-ig tartó külső-belső emeléssel és a láb equinus, calcaneus, cavus, valgus (CVPTV érték= 3 felett), varus (Demeglio 0 felett), adductus deformitása vagy nagymértékű nyirok pangás miatti deformitása vagy bénulásos körképek esetén járóképes beteg számára.</i></p>																						
C-4	Ortopéd cipő erősen deformált és rövidült végtagra	1	90	6413	12/6	KGY	-							F			F	F				
<b>Ortopéd cipő neuropátiás láb ellátására</b>																						
<p><i>Indikáció: Kialakult angiopathia vagy olyan fokú neuropathia esetén, ahol a 128-as rezgészámú hangvillával kimutatottan a 8 fokozatú skálán belül 5-ös érték alatti a beteg vibrációs érzékszűzöbe, vagy a lábon seb, fekély vagy Compartment szindróma alakult ki. Gördülő talppal, speciális lábortézissel, amennyiben a végtaghossz különbsége nem haladja meg az 1,5 cm-t.</i></p>																						
C-5	Ortopéd cipő neuropátiás láb ellátására	2	80	7.750	12/6	KGY	-							F			F	F				
<b>Kiegészítő tartozékok és technológiák egyedileg gyártott vagy hozott ortopéd cipőkhöz</b>																						
<p><b>Tartozékok ortopéd cipőkhöz</b> <i>Emelt indikáció: Járóképes beteg alsóvégtag-paralysise vagy súlyos paresise esetén, vagy 16 év alatti beteg esetén 6 hónapra rendelhető. A beteg orvosi dokumentációjában az indikációt fel kell tüntetni.</i></p>																						
<b>Hosszított éksarok</b>																						
<p><i>Indikáció: A láb hosszboltozatai süllyedésekor, pronált vagy szupinált saroktengely esetén a járásbiztonság növelésére.</i></p>																						
	Hosszított éksarok	2	50	1246	12/6	KGY	-							F			F	F				

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – TILOS!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

sorszám: 999

A gyógyászatsegédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

17./26.

A szakorvos azt a terméket írhatja ki, amelynél a vonatkozó szakorvos oszlopában „F” betű található!

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó íértési díj/db	Kihordási idő (hó)	Közgyógy	Megjegyzés	Szakképzési követelmény											
								Kézsebészet	Klinikai onkológia	Gyermeksebészet	Ortopédia-traumatológia	Idegsebészet	Sugárterápia	Neuroológia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Ortopédia	Rehabilitáció (mozgásszerv)	Reumatológia	Sebészet
<b>Gördülő talp</b>																			
<i>Indikáció: Vérkeringés károsodás miatt kialakult ulcus vagy annak veszélye, súlyos metatarsalgia, vagy előláb csonkolás tehermentesítésére.</i>																			
	Gördülő talp	2	50	463	*12/6	KGY	-						F			F	F		
<b>Rezgéscsillapító saroktömb</b>																			
<i>Indikáció: Saroksarkantyú vagy Achilles-ín szakadás, sérülés esetén anti-shock sarok beépítése a lépés-stressz csökkentésére.</i>																			
	Rezgéscsillapító saroktömb	2	50	575	*12/6	KGY	-						F			F	F		
<b>Járótalp szélesítése</b>																			
<i>Indikáció: Fokozott tengelykorrekciós igény esetén a járásbiztonság növeléséhez.</i>																			
	Járótalp szélesítése	2	50	528	*12/6	KGY	-						F			F	F		
<b>Cipőmegerősítés</b>																			
<i>Indikáció: 35 feletti testtömegindexnél (BMI), vagy spasztikus láb esetén "sarokfészek" kialakítása izom disbalance korrekciójára.</i>																			
	Cipőmegerősítés	2	50	3.128	*12/6	KGY	-						F			F	F		
<b>Csúszásgátló talp készítése</b>																			
<i>Indikáció: Ortopéd cipő téli járásbiztonságának fokozása.</i>																			
	Csúszásgátló talp készítése	2	50	753	*12/6	KGY	-						F			F	F		
<b>Egyedi lábágy készítése</b>																			
<i>Indikáció: A talpon kialakult seb, fekély, fokozott nyomásérzékenység vagy ezek kialakulásának veszélye esetén.</i>																			
	Egyedi lábágy készítése	2	50	2.319	*12/6	KGY	-						F			F	F		
<b>Tépőzár készítése</b>																			
<i>Indikáció: A cipő felvételét gátló társult betegség.</i>																			
	Tépőzár készítése	2	50	1.078	*12/6	KGY	-						F			F	F		
<b>Egyedi kaptakészítés</b>																			
<i>Indikáció: Erősen deformált reziduális dongaláb, bénult kontraktúras láb, nyeles kapta készítése esetén 3D minta alapján. Minősített gyártó írásos szakvéleménye alapján az orvos ellenjegyzése után. A kaptát a gyártó a kihordási idő végéig megőrzi.</i>																			
	Egyedi kaptakészítés	2	50	10.481	*36/24	KGY	-						F			F	F		
<b>Valgus vagy varus korrekció</b>																			
<i>Indikáció: Fokozott calcaneo-valgus vagy varus korrigálására. Csak ortopédiailag megfelelő szerkezetű, kemény kergű cipőre építhető.</i>																			
	Valgus vagy varus korrekció	2	50	1.246	*12/6	KGY	-						F			F	F		
<b>Báránbőr bélés</b>																			
<i>Indikáció: A lábat érintő betegség esetén, ha a láb fokozott mechanikai vagy hővédelme szükséges.</i>																			
	Báránbőr bélés	2	50	2.575	*12/6	KGY	-						F			F	F		
<b>Cipő fej és szárlyukasztás</b>																			
<i>Indikáció: A betegség kezelésére előírt, zárt konstrukciójú lábbelihez a cipő vízgőz háztartásának javítására.</i>																			
	Cipő fej és szárlyukasztás	2	50	1.219	*12/6	KGY	-						F			F	F		

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – TILOS!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

sorszám: 999

A gyógyászatisegédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

18./26.

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Kihordási idő (hó)	Közgyógy	Megjegyzés	Szakképzési követelmény									
								Geriátria	Érsebészet	Gyermeksebészet	Ortopédia-traumatológia	Idegsebészet	Gyermekneurológia	Neurológia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Ortopédia	Rehabilitáció (mozgásszervi)

### Az incontinencia eszközei:

**Indikáció:** 3 éves kortól, napi 300 ml össz-vizeletvesztés felett, gyógyszeresen, műtétileg, speciális tornával vagy ingerlők alkalmazásával dokumentáltan nem kezelhető neurogén hólyag és inkontinenciával járó hólyag-hiperaktivitás, közepes és súlyos stressz-inkontinencia vagy egyéb meghatározott közepes és súlyos inkontinencia esetén, vagy pszichiátriai vizsgálattal dokumentált inkontinencia.

**Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz:** A kihordási idő alatt rendelhető mennyiség alapján számított, naponta felhasználható, egyszer használatos inkontinenciabetétek és nadrágpelenkák összes felszívókapacitása legfeljebb annyi milliliter lehet, amennyi alkalmas a kontrollálatlanul ürülő napi vizelet- és/vagy székletmennyiség biztonságos felszívására. A kihordási időre azonos eszköz többféle típusa is rendelhető azzal a megkötéssel, hogy ezen eszközök együttes mennyisége nem haladhatja meg bármelyik típusú eszköz rendelhető mennyiségét. A szakorvosi javaslat kiadásakor egy alkalommal a felsorolt szakorvosok jogosultak az eszköz rendelésére.

### Egyszer használatos incontinencia betétek

<a href="#">Moliform normál (800 ml)</a>	270	FIX	11	3	-	kizárólag a beteg háziorvosa, a következő szakképesítéssel rendelkező szakorvosok javaslatára: sebészet, gyermeksebészet, klinikai onkológia, sugárterápia, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, orvosi rehabilitáció (mozgásszervi), neurológia, gyermekneurológia, belgyógyászat, szülészet-nőgyógyászat, gyermeknőgyógyászat, nefrológia, pszichiátria, gyermek- és ifjúsági pszichiátria, geriátria, urológia. A szakorvosi javaslat maximális érvényességi időtartama: 24 hónap.
<a href="#">Molimed maxi (600 ml)</a>	270	80	9	3	KGY	
<a href="#">Tena Comfort Mini Extra (500 ml)</a>	270	80	9	3	KGY	
<a href="#">Seni Lady Exta (524 ml)</a>	270	80	9	3	KGY	
Tena Comfort Mini Plus (381 ml)	270	80	9	3	KGY	
<a href="#">Moliform plus (1100 ml)</a>	270	FIX	16	3	-	
<a href="#">Seni Lady Super (910 ml)</a>	270	80	13	3	KGY	
<a href="#">Tena Comfort Extra (1125ml)</a>	270	80	15	3	KGY	
<a href="#">Seni San Normal (1180 ml)</a>	270	80	15	3	KGY	
<a href="#">Moliform extra (1500 ml)</a>	270	80	20	3	KGY	
<a href="#">Tena Comfort Super (1470 ml)</a>	270	80	20	3	KGY	
<a href="#">Moliform super (2100 ml)</a>	270	80	20	3	KGY	
<a href="#">Tena Comfort Maxi (1782 ml)</a>	270	FIX	45	3	-	
<a href="#">Seni San Maxi (1496 ml)</a>	270	80	20	3	KGY	

### Egyszer használatos nadrágpelenkák (nappali)

<a href="#">Molicare S (770 ml)</a>	270	80	21	3	KGY	kizárólag a beteg háziorvosa, a következő szakképesítéssel rendelkező szakorvosok javaslatára: sebészet, gyermeksebészet, klinikai
<a href="#">Seni Standard Small (892 ml)</a>	270	80	21	3	KGY	
<a href="#">Tena Slip Plus S (1190 ml)</a>	270	80	21	3	KGY	

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – TILOS!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

sorszám: 999

A gyógyászati segédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

19./26.

A szakorvos azt a terméket írhatja ki, amelynél a vonatkozó szakorvos oszlopában „F” betű található!

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Ki-hor-dási idő (hó)	Köz-gyógy	Megjegyzés	Szakképzési követelmény															
								Geriátria	Érsebészet	Gyermeksebészet	Ortopédia-traumatológia	Idegsebészet	Gyermekneurológia	Neurológia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Ortopédia	Rehabilitáció (mozgásszervi)	Reumatológia	Sebészet	Traumatológia			
	<a href="#">Tena Slip Plus XS (1100 ml)</a>	270	80	21	3	KGY	onkológia, sugárterápia, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, orvosi rehabilitáció (mozgásszervi), neurológia, gyermekneurológia, belgyógyászat, szülészet-nőgyógyászat, gyermeknőgyógyászat, nefrológia, pszichiátria, gyermek- és ifjúsági pszichiátria, geriátria, urológia. A szakorvosi javaslat maximális érvényességi időtartama: 24 hónap.																
	<a href="#">Molicare XS (720 ml)</a>	270	80	21	3	KGY																	
	<a href="#">Molicare M (1150 ml)</a>	270	80	24	3	KGY																	
	<a href="#">Tena Slip Plus M (1790 ml)</a>	270	FIX	43	3	-																	
	<a href="#">Seni Standard Medium (1358 ml)</a>	270	80	24	3	KGY																	
	<a href="#">Tena Slip Plus L (1985 ml)</a>	270	FIX	56	3	-																	
	<a href="#">Seni Standard Extra Large (1565 ml)</a>	270	80	28	3	KGY																	
	<a href="#">Seni Standard Large (1543 ml)</a>	270	80	28	3	KGY																	
	<a href="#">Molicare L (1270 ml)</a>	270	80	28	3	KGY																	
	<a href="#">Molicare Mobil L (600 ml)</a>	270	FIX	275	3	-																	
<b>Egyszer használatos nadrágpelenkák (éjszakai)</b>																							
	<a href="#">Tena Slip Maxi S (1918 ml)</a>	270	FIX	51	3	-	kizárólag a beteg háziorvosa, a következő szakképesítéssel rendelkező szakorvosok javaslatára: sebészet, gyermeksebészet, klinikai onkológia, sugárterápia, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, orvosi rehabilitáció (mozgásszervi), neurológia, gyermekneurológia, belgyógyászat, szülészet-nőgyógyászat, gyermeknőgyógyászat, nefrológia, pszichiátria, gyermek- és ifjúsági pszichiátria, geriátria, urológia. A szakorvosi javaslat maximális érvényességi időtartama: 24 hónap.																
	<a href="#">Tena Slip Super S (1627 ml)</a>	270	80	23	3	KGY																	
	<a href="#">Molicare Super S (1270 ml)</a>	270	80	23	3	KGY																	
	<a href="#">Seni Super Small (1259 ml)</a>	270	80	23	3	KGY																	
	<a href="#">Seni Super Medium (1856 ml)</a>	270	80	28	3	KGY																	
	<a href="#">Molicare Super M (2230 ml)</a>	270	80	28	3	KGY																	
	<a href="#">Seni Super Extra Large (2256 ml)</a>	270	80	28	3	KGY																	
	<a href="#">Seni Super Large (2244 ml)</a>	270	80	28	3	KGY																	
	<a href="#">Tena Slip Maxi M (2728 ml)</a>	270	FIX	63	3	-																	
	<a href="#">Tena Slip Super M (2533 ml)</a>	270	80	28	3	KGY																	
	<a href="#">Molicare Super L (2400 ml)</a>	270	80	28	3	KGY																	
	<a href="#">Tena Slip Maxi L (3433 ml)</a>	270	FIX	98	3	-																	
	<a href="#">Tena Slip Super L (2741 ml)</a>	270	80	28	3	KGY																	
	Molimed M (210 ml)	270	80	15	3	KGY																	
<b>Függesztő- és rögzítőeszközök vizelet- és székletfelszívó segédeszközökhöz</b>																							
<i>Indikáció: inkontinenciabetétekhez rendelhető</i>																							
	<a href="#">Tenafix rögzítőnadrág XS</a>	6	50	79	3	KGY	kizárólag a beteg háziorvosa, a következő szakképesítéssel rendelkező szakorvosok javaslatára: sebészet, gyermeksebészet, klinikai																
	<a href="#">Tenafix rögzítőnadrág S</a>	6	50	79	3	KGY																	

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – TILOS!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

sorszám: 999

A gyógyászati segédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

20./26.





## EMLÉKEZTETŐ

**PRIMA-PROTETIKA KFT**

**egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján**

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Kihordási idő (hó)	Közgyógy	Megjegyzés	Szakképzési követelmény									
								Geriátria	Érsebészet	Gyermekebészet	Ortopédia-traumatológia	Idegsebészet	Gyermekneurológia	Neurológia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Ortopédia	Rehabilitáció (mozgásszervis)
<b>Mopedek</b>													<b>fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, szakképesítéssel rendelkező szakorvos, rehabilitációra alkalmas rendelési helyen, ahol az eszköz kipróbálása és betanítása biztosított (gyógytornász vagy ergoterapeuta jelenléte biztosított).</b>				
<i>Indikáció: Olyan önálló életvitelt folytató, műlábbal és ortézissel is tartós kültéri járásra képtelen mozgáskorlátozott személy részére, aki más módon önerőből, biztonságosan, az esetleges akadályokat legyőzve a mindennapi életvitelhez szükséges távolságot megtenni képtelen.</i>																	
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Az alábbi eszközök kihordási időn belül párhuzamosan nem rendelhetők:</i>																	
- Aktív kerekesszék (12 21 06 09) és moped vagy motorkerékpár (12 16)																	
- Elektromos utcai kerekesszék (12 21 27 03 06) és moped vagy motorkerékpár (12 16).																	
Az eszköz ártámogatással történő rendeléséhez a REP ellenőrző főorvosának szakmai ellenjegyzése szükséges.																	
<b>Háromkerekű mopedek</b>																	
RM-006 Rehab robbanómotoros		1	80	86.250	96	KGY											
<a href="#">EL-GO Elektromos moped</a>		1	80	86.250	96	KGY											
Berko JO-20, elektromos		1	80	86.250	96	KGY											
Elektra-6000, elektromos		1	80	86.250	96	KGY											
<b>Négykerekű mopedek</b>																	
EL-GO /M (HS-580) Elektromos moped		1	80	86.250	96	KGY											
Elektra-7000, elektromos		1	80	86.250	96	KGY											
<b>Kerekesszékek</b>																	
<i>Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz: Az alábbi eszközkombinációk kihordási időn belül párhuzamosan nem rendelhetők:</i>																	
- Aktív kerekesszék (12 21 06 09) és elektromos utcai kerekesszék (12 21 27 03 06)																	
- Aktív kerekesszék (12 21 06 09) és elektromos szobai kerekesszék (12 21 27 03 03)																	
- Aktív kerekesszék (12 21 06 09) és moped vagy motorkerékpár (12 16)																	
- Elektromos szobai kerekesszék (12 21 27 03 03) és elektromos utcai kerekesszék (12 21 27 03 06)																	
- Elektromos utcai kerekesszék (12 21 27 03 06) és moped vagy motorkerékpár (12 16)																	
- Egykezes, nem-motorikus kerekesszékek hajtókarikával (12 21 15 03 03) és standard kerekesszék (12 21 06 03, 12 21 06 06)																	
- Egykezes, nem-motorikus kerekesszékek hajtókarikával (12 21 15 03 03) és aktív kerekesszék (12 21 06 09).																	

A szakorvos azt a terméket írhatja ki, amelynél a vonatkozó szakorvos oszlopában „F” betű található!

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Kihordási idő (hó)	Közgyógy	Megjegyzés	Szakképzési követelmény																			
								Geriátria	Érsebészet	Gyermeksebészet	Ortopédia-traumatológia	Idegsebészet	Gyermekneurológia	Neurológia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Ortopédia (mozgásszervis)	Rehabilitáció (mozgásszervis)	Reumatológia	Sebészet	Traumatológia							
<b>Kísérő által irányított kerekesszékek (felnőtt-gyermek)</b>																											
<i>Indikáció: Mozgássérült vagy önálló mozgásra nem képes gyermekek és felnőttek részére, akik különféle megtámasztást, rögzítést igényelnek a szállításukhoz</i>																											
<i>Megjegyzés: 18 éves kor alatt a kihordási idő 36 hónap (emelt indikáció)</i>																											
<a href="#">ECO-BUGGY</a>	<a href="#">OTTO BOCK</a>	1	80	28.600	72 /36	KGY	* (18 éves kor felett 72 hó normatív/ 18 éves kor alatt 36 hó Eü emelt)			F	F	F	F	F	F	F	F									F	
<b>Kétkezes hátsókerék meghajtású, összecsukható, standard kerekesszékek</b>																											
<i>Indikáció: nagyfokú végleges járásnehezítettség esetén, ha a beteg egyéb járást segítő eszközzel hosszabb távú helyváltoztatásra képtelen</i>																											
<i>Megjegyzés: 18 éves kor alatt a kihordási idő 36 hónap (emelt indikáció)</i>																											
<a href="#">PP-5200</a>	<a href="#">Összecsukható, szétszedhető, önhajtós kerekesszék</a>	1	80	16.725	72 /36	KGY				F	F	F	F	F	F	F	F									F	F
<a href="#">PP-6200</a>	<a href="#">Összecsukható, szétszedhető, önhajtós kerekesszék, módosított lábtartóval</a>	1	80	16.725	72 /36	KGY				F	F	F	F	F	F	F	F									F	F
<a href="#">MC-M-X</a>	<a href="#">Összecsukható, szétszedhető, önhajtós kerekesszék</a>	1	80	16.725	72 /36	KGY				F	F	F	F	F	F	F	F									F	F
<b>Egykezes, nem motorikus kerekesszékek hajtókarikával</b>																											
<i>Indikáció: nagyfokú végleges járásnehezítettség esetén, ha a beteg egyéb járást segítő eszközzel hosszabb távú helyváltoztatásra képtelen</i>																											
<i>Megjegyzés: 18 éves kor alatt a kihordási idő 36 hónap (emelt indikáció)</i>																											
<a href="#">B-4210</a>	<a href="#">Egykezes hajtású kerekesszék, jobbkezes</a>	1	80	19.500	72 /36	KGY				F	F	F	F	F	F	F	F									F	F
<a href="#">B-4211</a>	<a href="#">Egykezes hajtású kerekesszék, balkezes</a>	1	80	19.500	72 /36	KGY				F	F	F	F	F	F	F	F									F	F
<a href="#">B-4230</a>	<a href="#">Egykezes, hajtókaros, jobbkezes</a>	1	80	29.475	72 /36	KGY				F	F	F	F	F	F	F	F									F	F
<a href="#">B-4231</a>	<a href="#">Egykezes, hajtókaros, balkezes</a>	1	80	29.475	72 /36	KGY				F	F	F	F	F	F	F	F									F	F
<a href="#">B-4233</a>	<a href="#">Háromkerékű, forgattyús, utcai (jobb és balkezes kivételben)</a>	1	80	29.475	72 /36	KGY				F	F	F	F	F	F	F	F									F	F

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – TILOS!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

sorszám: 999

A gyógyászati segédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

24./26.



A szakorvos azt a terméket írhatja ki, amelynél a vonatkozó szakorvos oszlopában „F” betű található!

## EMLÉKEZTETŐ

PRIMA-PROTETIKA KFT

egyes gyógyászati segédeszközök felírásához a többször módosított 14/2007.(III.14.)EüM rendelet 2011.03.01-én hatályos változata alapján

Kód	Megnevezés	Felírható mennyiség db	Támogatás mértéke	Bruttó térítési díj	Ki-hor-dási idő (hó)	Köz-gyógy	Megjegyzés	Szakképzési követelmény																	
								Geriatría Csecsemő és gyermek gyógyászat	Gyermeksebészet	Ortopédia-traumatológia	Idegsebészet	Háziorvos	Neurologia	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	Ortopédia	Rehabilitáció orvoslás	Reumatológia	Sebészet	Traumatológia						
<b>Támasztó eszközök (Járókorlátok és támasztókorlátok)</b>																									
<i>Indikáció: tartós vagy maradandó mozgáskárosodással élőknek, egyensúlyzavarban szenvedőknek</i>																									
<a href="#">B-4300</a>	<a href="#">WC kapaszkodó keret</a>	1	80	1.250	72	KGy		F	F	F	F					F	F			F	F				
<b>Kapaszkodók és fogantyúk</b>																									
<i>Indikáció: tartós vagy maradandó mozgáskárosodással élőknek, egyensúlyzavarban szenvedőknek</i>																									
<a href="#">D-4301</a>	<a href="#">Egyenes kapaszkodó</a>	1	80	375	72	KGy		F	F	F	F					F	F			F	F				
<a href="#">B-4304</a>	<a href="#">Kapaszkodó, derékszögű</a>	1	FIX	1.293	72	-		F	F	F	F					F	F			F	F				
<a href="#">B-4305</a>	<a href="#">Mosdó kapaszkodó</a>	1	FIX	1.225	72	-		F	F	F	F					F	F			F	F				
<b>Zuhanykapaszkodó</b>																									
<i>Indikáció: tartós vagy maradandó mozgáskárosodással élőknek, egyensúlyzavarban szenvedőknek</i>																									
<a href="#">B-4301</a>	<a href="#">Kapaszkodó oldaltámaszos</a>	1	80	598	72	KGy		F	F	F	F					F	F			F	F				
<a href="#">B-4314</a>	<a href="#">Zuhanykapaszkodó</a>	1	FIX	960	72	-		F	F	F	F					F	F			F	F				
<b>Fürdőkád kapaszkodók</b>																									
<i>Indikáció: tartós vagy maradandó mozgáskárosodással élőknek, egyensúlyzavarban szenvedőknek</i>																									
<a href="#">PP-5510</a>	<a href="#">Fürdőkád kapaszkodó</a>	1	80	725	72	KGy		F	F	F	F					F	F			F	F				
<a href="#">D-4310</a>	<a href="#">Fürdőkád kapaszkodó</a>	1	80	725	72	KGy		F	F	F	F					F	F			F	F				

A tájékoztatást sem egészben, sem részleteiben másolni, sokszorosítani, terjeszteni és/vagy harmadik személlyel megosztani – a 2006. évi XCVIII. törvény és a 3/2009 (II.25.) EüM rendelet értelmében – TILOS!  
Az Emlékeztető 2011. március 1-én került lezárásra/kiadásra és a következő rendelet módosításig marad érvényben. Ettől az időponttól az Emlékeztető nem követi a 14/2007 (III.14.) EüM rendeletet.

sorszám: 999

A gyógyászatsegédeszköz-ismertető neve/igazolvány száma: Baranyi Csaba Sándor / 543

26./26.