

**P R O ORDIN A TIONE**

**Anforderung**

**von Nahtmaterial**

**Vertragspartnerservice** pro.ordinatione@oegk.at [www.gesundheitskasse.at](http://www.gesundheitskasse.at/)

Tel. +43 5 0766-14104816

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bezeichnung** | **Artikelnummer** | **Stärke** | **Nadel** | **Länge** | **1. Original- verpackung** | **bestellte Menge** | **bewilligte Menge** |
| **Monofiles Polyamid, nicht resorbierbar:** |
| SERALON bl 3,5 | VO353416 | 0 | DS 30 | 75 cm | 2 Dzd |  |  |
| SERALON bl 3 | VO303415 | 2/0 | DS 25 | 75 cm | 2 Dzd |  |  |
| SERALON bl 2 | VO203415 | 3/0 | DS 25 | 75 cm | 2 Dzd |  |  |
| SERALON bl 1,5 | VO153497 | 4/0 | DS 21 | 75 cm | 2 Dzd |  |  |
| SERALON bl 1 | VO101714 | 5/0 | DS 18 | 50 cm | 2 Dzd |  |  |
| SERALON bl 0,7 | VO071713 | 6/0 | DS 15 | 50 cm | 2 Dzd |  |  |
| **Beschichtetes, geflochtenes Polyester, nicht resorbierbar** |
| SULENE gr 3 | QO303415 | 2/0 | DS 25 | 75 cm | 2 Dzd |  |  |
| SULENE gr 2 | QO203415 | 3/0 | DS 25 | 75 cm | 2 Dzd |  |  |
| SULENE gr 1,5 | QO151714 | 4/0 | DS 18 | 50 cm | 2 Dzd |  |  |
| SULENE gr 1,5 | QO15171M | 4/0 | DSS 18 | 50 cm | 2 Dzd |  |  |
| SULENE gr 1 | QO103414 | 5/0 | DS 18 | 75 cm | 2 Dzd |  |  |
| **Beschichtetes, geflochtenes, synthetisches, resorbierbares Nahtmaterial** |
| SERAFIT u 2 | 5O203214 | 3/0 | DS 18 | 70 cm | 2 Dzd |  |  |
| SERAFIT u 1,5 | 5O151314 | 4/0 | DS 18 | 45 cm | 2 Dzd |  |  |
| SERAFIT u 1,5 | 5O15321M | 4/0 | DSS 18 | 70 cm | 2 Dzd |  |  |
| SERAFIT u 1 | 5O101314 | 5/0 | DS 18 | 45 cm | 2 Dzd |  |  |
| SERAFIT u 0,7 | 5O07131L | 6/0 | DSS 13 | 45 cm | 2 Dzd |  |  |
| SERAFIT u 0,7 | 5O071799 | 6/0 | VSP-8 | 50 cm | 2 Dzd |  |  |
| **Monofiles, synthetisches, resorbierbares Nahtmaterial** |
| SERASYNTH vio 2 | 9O203276 | 3/0 | HR 17 | 70 cm | 2 Dzd |  |  |
| SERASYNTH vio 1,5 | 9O153276 | 4/0 | HR 17 | 70 cm | 2 Dzd |  |  |
| SERASYNTH vio 1 | 9O103276 | 5/0 | HR 17 | 70 cm | 2 Dzd |  |  |
| SERASYNTH vio 0,7 | 9O073238 | 6/0 | HR 12 | 70 cm | 2 Dzd |  |  |
| **Sonstiges:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Genehmigungsvermerk der ÖGK: Ware übernommen:

......................................................................................................

Datum, Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

14-ÖGK-VP-I F. 117 20.12.2023

 

**2fach senden an:**

**ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSKASSE**

**Versorgungsmanagement I Garnisonstraße 1b, Postfach 306 4021 Linz**

**Vertragspartnerservice** pro.ordinatione@oegk.at [www.gesundheitskasse.at](http://www.gesundheitskasse.at/)

Tel. +43 5 0766-14104816

**P R O ORDIN A TIONE**

**Anforderung**

**von Nahtmaterial**

Quartal: Jahr:

Urlaub:

Ordinationsfreier Tag:

......................................................................................................

Datum, Vertragsarztstempel und Unterschrift (Stempel bitte auf allen Belegen anbringen!)