

Musterrezept

PleurX™ Starter-Kit, 500 ml
Vakuumbleitung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
<input type="checkbox"/> Gebühr frei	1	6	X	8	9			
<input type="checkbox"/> Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahl.	3					Gesamt-Brutto
<input type="checkbox"/> noctu	2							
<input type="checkbox"/> Sonstige	geb. am							
<input type="checkbox"/> Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	4 01.24.05.0002				
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							Vertragsarztstempel	
<input type="checkbox"/> aut idem	5 PleurX™ Starter-Kit, 500 ml			Art. Nr. 50-7500B/4		1 VE à 4 Stück		
<input type="checkbox"/> aut idem								
<input type="checkbox"/> aut idem	6 z. B. Pleuraerguss / Aszites							7
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes				Muster 16 (10.2014)
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer							

- 1** Krankenkasse, bzw. Kostenträger
- 2** Angaben zum Versicherten
- 3** Feld Nummer 7 muss markiert sein
- 4** 10-stellige Hilfsmittel Pos. Nummer: **01.24.05.0002**
- 5** Genaue Hilfsmittelbezeichnung
PleurX™ Starter-Kit, 500 ml Art. Nr. 50-7500B/4 1 VE à 4 Stück
- 6** Genaue Diagnose
- 7** Stempel und Unterschrift des Arztes

Bitte senden Sie das Originalrezept auf dem Postweg an folgende Adresse:
ewimed GmbH, Dorfstraße 24, D – 72379 Hechingen-Boll