

Musterrezept

PleurX™ Starter-Kit, 1000 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	3		Gesamt-Brutto			
<input type="checkbox"/> noctu	2	geb. am					
<input type="checkbox"/> Sonstige	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status		
<input type="checkbox"/> Unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							Vertragsarztstempel
<input type="checkbox"/> aut idem	5		PleurX™ Starter-Kit, 1000 ml		Art. Nr. 50-7510/4		1 VE à 4 Stück
<input type="checkbox"/> aut idem	6		z. B. Pleuraerguss/Aszites		7		
<input type="checkbox"/> aut idem	6661		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer			

- 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, 1000 ml Art. Nr. 50-7510/4 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