

Musterrezept

ewimed Drainage-Set, 2000 ml
Schwerkraftableitung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Gebühr bei	1	6	X	8	9			
Geb.- pflicht	Name, Vorname des Versicherten		3		Gesamt-Brutto			
noctu	2	geb. am						
Sonstige			4 01.24.05.0002		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			
Unfall	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Faktor		Taxe	
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		1. Verordnung		2. Verordnung	
	Datum				3. Verordnung			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							Vertragsarztstempel	
aut idem	5 ewimed Drainage-Set, 2000 ml		Art. Nr. 50-7505		1 VE à 10 Stück			
aut idem	6 z. B. Pleuraerguss/Aszites				7			
aut idem	666H		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
ewimed Drainage-Set, 2000 ml Art. Nr. 50-7505 1 VE à 10 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, 72379 Hechingen**