

Musterrezept

PleurX™ Drainage-Set, 500 ml
Vakuumentleerung

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.- pflicht	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahl/		Gesamt-Brutto			
<input type="checkbox"/> noctu	2						
<input type="checkbox"/> Sonstige	geb. am	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
<input type="checkbox"/> Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	4 01.24.05.0002				
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		1. Verordnung		
					2. Verordnung		
					3. Verordnung		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							Vertragsarztstempel
<input type="checkbox"/> aut idem	5	PleurX™ Drainage-Set, 500 ml		Art. Nr. 50-7500B		2 VE à 10 Stück	
<input type="checkbox"/> aut idem							
<input type="checkbox"/> aut idem	6	z. B. Pleuraerguss/Aszites				7	
	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™ Drainage-Set, 500 ml Art. Nr. 50-7500B 2 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, D – 72379 Hechingen-Boll