

# Musterrezept

ewimed Drainage-Set, 2000 ml  
Schwerkraftableitung

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