

# Musterrezept

drainova® Reservoir, Drainage-Set, 2000 ml  
Schonende Ableitung durch Soft-Vakuum-Technologie

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
Gebühr frei	<b>1</b>	6	<b>X</b>	8	9				
Geb.- plf.	Name, Vorname des Versicherten		<b>3</b>		Gesamt-Brutto				
noctu	<b>2</b>	geb. am							
Sonstige	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		
Unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		1. Verordnung		
Arbeits- unfall							2. Verordnung		
							3. Verordnung		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								Vertragsarztstempel	
aut idem	<b>4</b>	<b>drainova® Reservoir, Drainage-Set</b>			<b>Art. Nr. 2010</b>				
aut idem		<b>2000 ml, 1 VE à 10 Stück</b>							
aut idem	<b>5</b>	<b>z. B. Pleuraerguss/Aszites</b>					<b>6</b>		
	<b>666H</b>	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** Genaue Hilfsmittelbezeichnung  
**drainova® Reservoir, Drainage-Set Art. Nr. 2010 2000 ml, 1 VE à 10 Stück**
- 5** Genaue Diagnose
- 6** Stempel und Unterschrift des Arztes

**Bitte senden Sie das Originalrezept auf dem Postweg an folgende Adresse:**

**ewimed GmbH, Dorfstrasse 24, 72379 Hechingen**