

# Musterrezept

PleurX™ Drainage-Set, 500 ml  
Vakuunableitung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Gebühr frei	<b>1</b>	6	X	8	9			
Geb.- plf.	Name, Vorname des Versicherten		<b>3</b>		Zuzahlung			
noctu	geb. am		Gesamt-Brutto					
Sonstige			Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	1. Verordnung					
Arbeits- unfall	Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	2. Verordnung					
		Status	3. Verordnung					
		Datum	Vertragsarztstempel					
<b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)								
aut idem	<b>4</b>	<b>PleurX™ Drainage-Set, 500 ml</b>			<b>Art. Nr. 50-7500B 1 VE à 10 Stück</b>			
aut idem								
aut idem	<b>5</b>	<b>z. B. Pleuraerguss/Aszites</b>			<b>6</b>			
	bbbrr	Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)				
<b>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</b>								
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer							

- 1** Krankenkasse, bzw. Kostenträger
- 2** Angaben zum Versicherten
- 3** Feld Nummer 7 muss markiert sein
- 4** Genaue Hilfsmittelbezeichnung  
**PleurX™ Drainage-Set, 500 ml    Art. Nr. 50-7500B    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**