

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	1	6	X	8	9				
Geb.- plf.	Name, Vorname des Versicherten		3		Zuzahlung				
noctu	geb. am		Gesamt-Brutto						
Sonstige	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		
Unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		Faktor		
Arbeits- unfall							Taxe		
							1. Verordnung		
							2. Verordnung		
							3. Verordnung		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								Vertragsarztstempel	
aut idem	4	PleurX™ Drainage-Set, 500 ml			Art. Nr. 50-7500B 2 VE à 10 Stück				
aut idem									
aut idem	5	z. B. Pleuraerguss/Aszites			6				
	b b b r		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!									
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer							

- 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 2 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