

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			Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	1. Verordnung					
Arbeits- unfall	Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	2. Verordnung					
		Status	3. Verordnung					
		Datum	Vertragsarztstempel					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								
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				
	6661	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