

Musterrezept

ewimed Drainage-Set, 2000 ml
Schwerkraftableitung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
Gebühr frei	1	6	X	8	9				
Geb.- pfl.	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	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		2. Verordnung				
	Datum		3. Verordnung						
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								Vertragsarztstempel	
aut idem	4	ewimed Drainage-Set, 2000 ml		Art. Nr. 50-7505		2 VE à 10 Stück			
aut idem									
aut idem	5	z. B. Pleuraerguss/Aszites					6		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)					
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer								

- 1** Krankenkasse, bzw. Kostenträger
- 2** Angaben zum Versicherten
- 3** Feld Nummer 7 muss markiert sein
- 4** Genaue Hilfsmittelbezeichnung
ewimed Drainage-Set, 2000 ml Art. Nr. 50-7505 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