

# 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>		Zuzahlung			
noctu					Gesamt-Brutto			
Sonstige	geb. am				Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			
					1. Verordnung		Faktor	
Unfall	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		2. Verordnung		Taxe	
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		3. Verordnung			
	Datum						Vertragsarztstempel	
<b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)								
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 b b r		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)			
<b>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</b>								
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer						

- 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**