

# 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	<b>1</b>	6	X	8	9				
Geb.- plf.	Name, Vorname des Versicherten		<b>3</b>		Zuzahlung				
noctu					Gesamt-Brutto				
Sonstige	geb. am				Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.				
Unfall	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status		Faktor		
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		Taxe		
							1. Verordnung		
							2. Verordnung		
							3. Verordnung		
<b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)								Vertragsarztstempel	
aut idem	<b>4</b>	<b>ewimed Drainage-Set, 2000 ml</b>		<b>Art. Nr. 50-7505</b>		<b>1 VE à 10 Stück</b>			
aut idem									
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)		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!									
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    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**