

Musterrezept

PleurX™ Drainage-Set, 1000 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			
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
Geb.- plf.	2							
noctu								
geb. am								
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status				
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						Vertragsarztstempel		
aut idem	4	PleurX™ Drainage-Set, 1000 ml		Art. Nr. 50-7510		1 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, 1000 ml Art. Nr. 50-7510 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