

Musterrezept

ewimed Drainage-Set, 2000 ml
Schwerkraftableitung

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
	1				6	X	8	9			
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten			Zuzahlung		Gesamt-Brutto					
noctu	2	geb. am			3						
Sonstige				Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe			
Unfall	Kostenträgerkennung			Versicherten-Nr.		Status		1. Verordnung			
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.			Arzt-Nr.		Datum		2. Verordnung			
								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 Arbeitgeberrnummer									

- 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, Im Nasswasen 5, 72379 Hechingen