

# Musterrezept

PleurX™ Drainage-Set, 1000 ml  
Vakuunableitung

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	PleurX™ Drainage-Set, 1000 ml			Art. Nr. 50-7510		2 VE à 10 Stück				
aut idem											
aut idem	5	z. B. Pleuraerguss / Aszites									6
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		666H		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  
**PleurX™ Drainage-Set, 1000 ml    Art. Nr. 50-7510    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**