

# Musterrezept

PleurX™ Drainage-Set S, 1000 ml  
Vakuunableitung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Gebühr frei	<b>1</b>	6	<input checked="" type="checkbox"/>	8	9			
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
noctu	<b>2</b>	<b>3</b>						
Sonstige	geb. am	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe		
Unfall	Kostenträgerkennung	1. Verordnung						
Arbeits- unfall	Versicherten-Nr.	2. Verordnung						
	Status	3. Verordnung						
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum				
	<b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)						Vertragsarztstempel	
aut idem	<b>4</b>	<b>PleurX™ Drainage-Set S, 1000 ml Art. Nr. 50-7510S</b>				<b>2 VE à 10 Stück</b>		
aut idem	<b>5</b>	<b>z. B. Pleuraerguss / Aszites</b>						<b>6</b>
aut idem	666H	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  
**PleurX™ Drainage-Set S, 1000 ml Art. Nr. 50-7510S 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**