

Bitte nichts ankreuzen

Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Hilfs-Impl-Spt-St-Ver-
SWG mittel stoff Bedarf Punkt

6 7 8 9

Apotheken-Nummer / IK

Zuzahlung

Gesamterbrutto

Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.

Faktor

Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Verbindliches Muster

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

1x Standard Auffüllset B PZN:8814469

ICD-Schlüssel

Auffülldatum

EBM

6664

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Abgabedatum in der Apotheke

Vertragsarztstempel

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Anzahl und Name des Sets / PZN Nummer angeben

Standard Auffüllset B	PZN: 8814469
Standard Auffüllset Plus	PZN: 2826827
Professional Auffüllset 60/10	PZN: 7592736
Professional Auffüllset 60/10 F	PZN: 7676781
Professional Auffüllset 60/10 Plus	PZN: 16136003

Auffülldatum : bei mehreren Sets bitte ein Auffüllintervall angeben

EBM: Honorarkennziffer z.B. 30740 (Wiederbefüllung einer Medikamentenpumpe)
Wird benötigt, um das Set der Honorarleistung des Arztes zuordnen zu können.

Hinweis: Wir erheben keine Zuzahlung oder Rezeptgebühren von Ihren Patienten.