

Was muss auf das Rezept

für die Verordnung von SpeediCath® Compact Eve?

- Eine ausgeschriebene »7« bei Hilfsmittel
- Der Versorgungszeitraum
- Produktname und -menge
- Die Diagnose: z. B. Multiple Sklerose

Beispielrezept für eine Monatsversorgung für die Frau:

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger Barmer GEK			BVG	Hilfs- mittel- stoff	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apothekennummer / K		
Geb.- pflicht.	Name, Vorname des Versicherten Musterfrau, Helene			6	7	8	9				
noctu	Fliederweg 19 12345 Musterstadt			geb. am							
Sonstige				05.08.84							
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status								
	104940005	123456789	151								
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum								
	02-1234500	123456-6-67	02.10.14								
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)				Zuzahlung							
Versorgungszeitraum 30 Tage				Gesamt-Berufe							
SpeediCath Compact Eve für Frauen, CH 12, 150 Stück											
PZN 10796365											
Multiple Sklerose				Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.							
				1. Verordnung							
				1 5 2 5 1 4 7 9 0 0 5							
				2. Verordnung							
				3. Verordnung							
666r				Vertragsarztstempel							
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)							
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer									



Alle SpeediCath® Produkte sind Hilfsmittel und damit weder budget- noch richtgrößenrelevant.