

Was muss auf das Rezept

für die Verordnung von SpeediCath Compact Set?

- Ein Kreuz (x) bei Gebührenpflichtig
- Eine ausgeschriebene »7« bei Hilfsmittel
- Der Versorgungszeitraum
- Produktname und -menge
- Die Diagnose: z. B. Querschnittslähmung

Beispielrezept für eine Monatsversorgung für den Mann:

Krankenkasse bzw. Kostenträger Barmer GEK		Hilfs- BYG	Impf- Anzahl	Spez- Bestand	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Max		geb, am 01.01.86	Zurückgang	Gesamt-Brutto	
Exp- A	Fliederweg 19 00000 Musterstadt			Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe
noctu	Kassen-Nr. 104940005	Versicherten-Nr. 123456789	Status 161	1. Verordnung 1 5 2 5 1 4 9 0 3 8 5		
Sonstige	Betriebsstätten-Nr. 02-1234500	Arzt-Nr. 123456-6-67	Datum 02.04.14	2. Verordnung 1 5 2 5 1 4 7 0 5 0 2		
Unfall				3. Verordnung		
Arbeits- unfall				Vertragsarztstempel		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						
Versorgungszeitraum 30 Tage						
SpeediCath Compact Set für Männer, CH 12/18, 100 Stück						
SpeediCath Compact für Männer, CH 12/18, 60 Stück						
Neurogene Blasenfunktionsstörung nach Querschnittslähmung						
6666						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!						Abgabedatum in der Apotheke
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer		Unterschrift des Arztes Muster 16 (3.2014)		



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

Beispielrezept für eine Monatsversorgung für die Frau:

<input type="checkbox"/> bezahlt <input checked="" type="checkbox"/> frei	Krankenkasse bzw., Kostenträger			<input type="checkbox"/> BfUG <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> Hilfs- mittel- entfr. Besatz	<input type="checkbox"/> Impf- pflicht	<input type="checkbox"/> Soz.-St- Besatz	<input type="checkbox"/> Begr.- pflicht	<input type="checkbox"/> Apotheken- Nummer / IK
	Barmer GEK			Zuzahlung: <input type="text"/> Gesamt-Brutto: <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> noch <input checked="" type="checkbox"/> A	Name, Vorname des Versicherten			Arzneimittel-Hilfsmitel-Nr. Faktor Taxe					
<input type="checkbox"/> sonstig	Mustermann, Sabine geb. am 01.01.86			1. Verordnung: 1 5 2 5 1 4 9 0 3 9 5					
<input type="checkbox"/> Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	2. Verordnung: 1 5 2 5 1 4 7 0 4 4 2					
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	104940005	123456789	151	3. Verordnung: <input type="text"/>					
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Vertragsarztstempel					
	02-1234500	123456-6-67	02.04.14						
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)									
<input type="checkbox"/> aut. idem	Versorgungszeitraum 30 Tage SpeediCath Compact Set für Frauen, CH 12, 100 Stück SpeediCath Compact Plus, CH 12, 60 Stück								
<input type="checkbox"/> aut. idem	Neurogene Blasenfunktionsstörung nach Querschnittlähmung								
<input type="checkbox"/> aut. idem	666r <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			Abgabedatum in der Apotheke			Unterschrift des Arztes Muster 16 (3.2014)			
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer							

