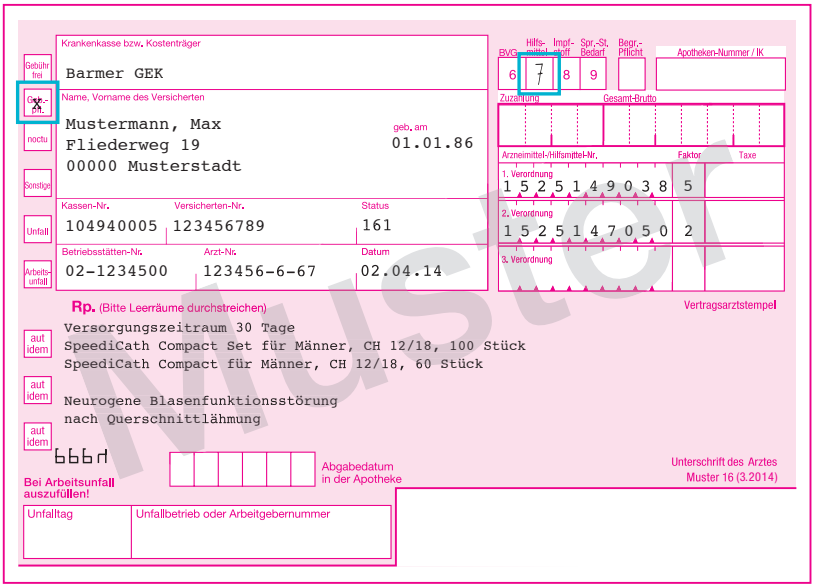
SpeediCath® Compact
Set

Was muss auf das Rezept

für die Verordnung von SpeediCath Compact Set?

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

Beispielrezept für eine Monatsversorgung für den Mann:


Gebühr frei
Geb.-pfl.
noctu
Sonstige
Unfall
Arbeitsunfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Barmer GEK

Name, Vorname des Versicherten
Mustermann, Max
Fliederweg 19
00000 Musterstadt
geb. am 01.01.86

Kassen-Nr. 104940005
Versicherten-Nr. 123456789
Status 161
Betriebsstätten-Nr. 02-1234500
Arzt-Nr. 123456-6-67
Datum 02.04.14

EVG 6 | Hilfsmittel 7 | Impf-stoff 8 | Spr.-St. Bedarf 9 | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK
Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | Faktor | Taxe
1. Verordnung 1 5 2 5 1 4 9 0 3 8 5
2. Verordnung 1 5 2 5 1 4 7 0 5 0 2
3. Verordnung

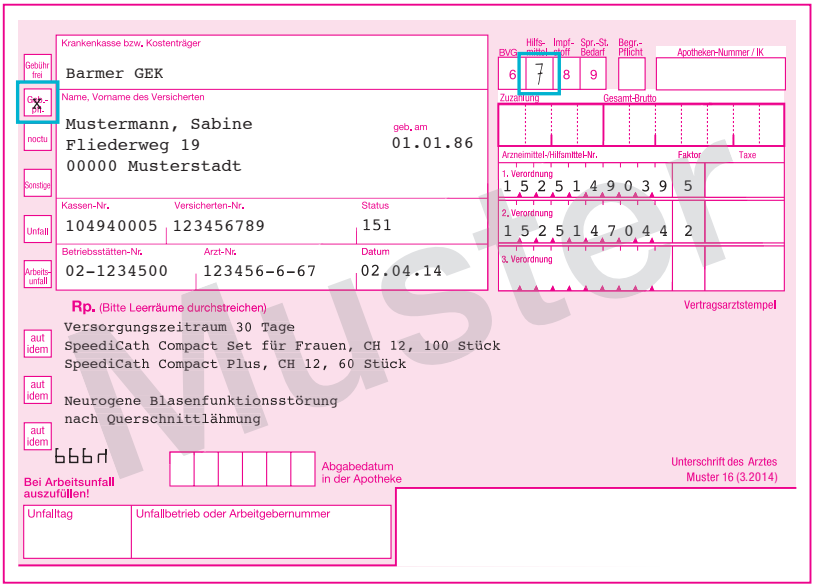
Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
aut idem
Versorgungszeitraum 30 Tage
SpeediCath Compact Set für Männer, CH 12/18, 100 Stück
aut idem
SpeediCath Compact für Männer, CH 12/18, 60 Stück
aut idem
Neurogene Blasenfunktionsstörung
nach Querschnittlähmung
6666

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!
Abgabedatum in der Apotheke
Unterschrift des Arztes
Muster 16 (3.2014)
Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

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

Beispielrezept für eine Monatsversorgung für die Frau:



Gebühr frei

Gebühr pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeitsunfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Barmer GEK

Name, Vorname des Versicherten

Mustermann, Sabine
Fliederweg 19
00000 Musterstadt

geb. am 01.01.86

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
104940005	123456789	151

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
02-1234500	123456-6-67	02.04.14

BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9		

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe
1. Verordnung 1 5 2 5 1 4 9 0 3 9	5	
2. Verordnung 1 5 2 5 1 4 7 0 4 4	2	
3. Verordnung		

Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut idem

Versorgungszeitraum 30 Tage
SpeediCath Compact Set für Frauen, CH 12, 100 Stück
SpeediCath Compact Plus, CH 12, 60 Stück

aut idem

Neurogene Blasenfunktionsstörung
nach Querschnittlähmung

aut idem

6664

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (3.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Muster

Col.-Nr. 2403990/230N IP 272

Coloplast GmbH, Postfach 70 03 40, 22003 Hamburg, Fax 040 669807-48
www.speedicath.de The Coloplast logo is a registered trademark of Coloplast A/S. © 2014-03. All rights reserved Coloplast A/S

Coloplast