

Rezepttext für die Verordnung des EMG-Biofeedback-Systems

Wichtig: Bitte unbedingt **“Hilfsmittel”** ankreuzen !

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<input type="checkbox"/> Gebüh- ne <input type="checkbox"/> Geb.- pf. <input type="checkbox"/> noctu. <input type="checkbox"/> Sonstige		Mustermann - Krankenkasse		<input type="checkbox"/> Ex- trakt. <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Im- pl. <input type="checkbox"/> Spr.- St. <input type="checkbox"/> Biot. <input type="checkbox"/> Pflanzl.	Apotheken-Nummer / K	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Erika Mustermann		Zuzahlung		Gesamt-Brutto
Musterstraße 123		12.12.1940		12345 Musterhausen		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Factor
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		Taxe		
123456		123456789		1 2				
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum				
12 34 56		12 / 07		10.04.06				
Unfall		Arbeits- unfall		Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel		
auf Idem		auf Idem		auf Idem		Dr. med. Mustermann Facharzt f. xxxxxxxxx Mustermannngasse 1 12345 Musterhausen		
				1 EMG Biofeedback-System der Firma Medizintechnik Heise für 90 Tage zur Miete mit Vaginalsonde.		Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.2002)		
				Diagnose: Harninkontinenz		19562454		
				Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				
				Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer		

Diagnose nicht vergessen.

Auf der Rückseite des Rezeptes kann der Patient / die Patientin die Einweisung und den Erhalt des Therapie-Systems quittieren.

Bei weiteren Fragen erreichen Sie uns jederzeit unter
Tel.: 0231 - 48 84 45

