

Musterrezept zur Verordnung eines Osbon ErecAid Vakuumerektionssystems

Hilfsmittel (7) ankreuzen

<input type="checkbox"/> Gebüh- frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
<input type="checkbox"/> Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		6	X	8	9			
<input type="checkbox"/> noctu	Muster		Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
<input type="checkbox"/> Sonstige			Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
<input type="checkbox"/> Unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum			Vertragsarztstempel	
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe		
<input type="checkbox"/> aut idem	1 Osbon ErecAid VEH		1. Verordnung						
<input type="checkbox"/> aut idem	Dg.: erektile Dysfunktion		2. Verordnung						
<input type="checkbox"/> aut idem	6666		3. Verordnung						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)					
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer							

Verordnungsfähig bei vorliegen folgender Ursachen:

- Z.n. radikaler Prostatektomie
- kavernöse Insuffizienz
- Querschnittslähmung
- Diabetes mellitus
- KHK
- IPP