

Rezepttext für die Verordnung von Contrelle Activgard

Wichtig: Bitte unbedingt "Hilfsmittel" ankreuzen !

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<input type="checkbox"/> Hilfs- mittel 6 <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Impf- stoff 8 <input type="checkbox"/> Spr.-St. Baderl 9 <input type="checkbox"/> Bage- Pflcht <input type="checkbox"/> Apotheken-Nummer / K	
Gebühr frei Mustermann - Krankenkasse		Zuzahlung Gesamt-Brutto	
Geb. : pf. Name, Vorname des Versicherten Erika Mustermann geb. am 12.12.1940		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe	
noctu Musterstraße 123 12345 Musterhausen		Vertragsarztstempel	
Sonstige		Dr. med. Mustermann Facharzt f. xxxxxxxxx Mustermanngasse 1 12345 Musterhausen	
Kassen-Nr. 123456		Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.2002)	
Versicherten-Nr. 123456789		Status 1 2	
Vertragsarzt-Nr. 12 34 56		VK gültig bis 12 / 25	
Datum 15.08.2023		19562454	
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			
auf idem 1 VE (30 Stück) intravaginale Kontinenztampons Größe 2			
auf idem HiMi-Nr: 15.25.21.2			
auf idem Diagnose: Harnbelastungsinkontinenz Grad II			
bbbrl			
Bei Arbeitsunfall auszuweisen!			
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer	

Diagnose nicht vergessen.

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

