



Rezeptmuster KT Neuro - Folgeversorgung

The form is divided into several sections:

- Top Right:** Insurance and payment fields (BVG, Hilfsmittel, Impf., Spr.-St., Begr.-Pflicht, Apotheken-Nr., Zuzahlung, Gesamt-Brutto).
- Top Left:** Patient and insurance identification (Name, Vorname, geb. am, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum).
- Middle:** Prescription text (Rp.) and diagnosis (Art der Lähmung und Diagnose).
- Bottom Right:** Doctor's stamp (Vertragsarztstempel) with name, address, and phone number.
- Bottom Left:** Accident information (Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Unfalltag, Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer).
- Bottom Center:** Abgabedatum in der Apotheke.
- Bottom Right:** Unterschrift des Arztes (Muster 16 (10.2014)).

Erläuterungen

- 1 Hilfsmittel ankreuzen
- 2 gebührenfrei/gebührenpflichtig ankreuzen
- 3 Rezepttext aus der Vorlage eintragen
- 4 Art der Lähmung und Diagnose, z. B.:
 - schlaffe/spastische Hemiparese li/re nach Apoplex
 - beinbetonte Paraparese bei inkompletter Querschnittlähmung
- 5 Unterschrift des Patienten auf der Rezept-Rückseite
- 6 Unterschrift des Arztes