

Ausfüllhilfe für Verordnungen von Motionstim-Geräten

Mit einem richtig und vollständig ausgestellten Rezept können wir Ihre Verordnung zügig bearbeiten.
 Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wichtig: Bitte unbedingt „Hilfsmittel“ ankreuzen!

ggf. Gebühren-
 befreit ankreuzen

- Unbedingt:**
- vollständige Gerätebezeichnung
 - Mietdauer
 - Bei Selbstausgabe auch Seriennummer

<input type="checkbox"/> Gebüh- frei <input type="checkbox"/> Geb- pfl. <input type="checkbox"/> noctu <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeits- unfall*)		AOK LKK BKK IKK VdAK AEV Knappschaft UV*) Krankenkasse Name, Vorname des Versicherten Mustermann Maria Musterstraße 123 12345 Musterstadt geb. am 12.12.42 Kassen-Nr. 408005 Versicherten-Nr. 12345678 Status 1 Vertragsarzt-Nr. 12 34 56X VK gültig bis Datum 10.02.02	Hilfs- mittel 6 <input checked="" type="checkbox"/> 8 9 Impf- stoff 8 Spr.-St- Bedarf 9 Begr- Pflicht Apotheken-Nummer / IK Zuzahlung Gesamt-Brutto Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr. Faktor Taxe Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) 1 programmierbares EMS-8-Kanal-Gerät, Mehrkanaliges Stimulationsgerät zum Behinderungsausgleich notwendig Hilfsmittelnummer: 09.37.04.1 nach erfolgreicher Erprobung für XX Monate Diagn.: XX *) s. Rückseite	Vertragsarztstempel 12 34 56X Dr. med. Arzt Facharzt Musterplatz 2 54321 Muster am Rhein Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.1995)
---	--	---	--	--

Patient bitte auf der
 Rückseite unterschreiben
 lassen

Diagnose nicht vergessen

ärztliche Unterschrift

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter im Innen- oder Außendienst.
 Telefon: +49 40 60604-13 • Telefax: +49 40 60604-80
 Geschäftszeiten: Montag-Donnerstag 7.00-16.45 Uhr, Freitag 7.00-14.00 Uhr