

Ausfüllhilfe für Verordnungen eines mehrkanaligen, sensorgesteuerten Stimulationsgerät **Motionstim 8 mit Plattensteuersystem**

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"/>	AOK	<input type="checkbox"/>	LKK	<input type="checkbox"/>	BKK	<input type="checkbox"/>	IKK	<input type="checkbox"/>	VdAK	<input type="checkbox"/>	AEV	<input type="checkbox"/>	Knappschaft	<input type="checkbox"/>	UV*)	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St.-Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
<input type="checkbox"/>	Krankenkasse															6	X	8	9		
<input type="checkbox"/>	Name, Vorname des Versicherten															Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
<input type="checkbox"/>	Mustermann																				
<input type="checkbox"/>	Maria																				
<input type="checkbox"/>	Musterstraße 123																				
<input type="checkbox"/>	12345 Musterstadt																				
<input type="checkbox"/>	Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status														
<input type="checkbox"/>	408005			12345678			1														
<input type="checkbox"/>	Vertragsarzt-Nr.			VK gültig bis			Datum														
<input type="checkbox"/>	12 34 56X						10. 02. 02														
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)																					
<input type="checkbox"/>	1 mehrkanaliges, sensorgesteuertes Stimulationsgerät															12 34 56X		Dr. med. Arzt			
<input type="checkbox"/>	MOTIONSTIM 8 zum Behinderungsausgleich mit																				
<input type="checkbox"/>	Plattenschaltersystem, nach erfolgreicher Erprobung.															Facharzt		Musterplatz 2			
<input type="checkbox"/>	für 3 Monate																				
<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel Nr.: 09.37.04.1															54321 Muster am Rhein		Unterschrift des Arztes Muster 16 (4. 1998)			
<input type="checkbox"/>	Diagn.: Z.n.																				
*) s. Rückseite																					

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: 040 / 60 60 4-13 • Telefax: 040 / 60 60 4-80
Geschäftszeiten: Montag – Donnerstag 7.00-16.45 Uhr, Freitag 7.00-14.00 Uhr