

Rezeptmuster für Verordnungen von Paresestim-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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Krankenkasse								
<input type="checkbox"/>	Name, Vorname des Versicherten Mustermann								
<input type="checkbox"/>	noctu Maria								geb. am 12.12.42
<input type="checkbox"/>	Musterstraße 123 12345 Musterstadt								
<input type="checkbox"/>	Kassen-Nr. 408005	Versicherten-Nr. 12345678	Status 1						
<input type="checkbox"/>	Vertragsarzt-Nr. 12 34 56X	VK gültig bis	Datum 10. 02. 02						
<input type="checkbox"/>	1 Paresestimgerät mit Exponentialstrom zur Vermeidung einer Denervationsatrophie bei peripherer Lähmung notwendig Hilfsmittelnummer: 09.37.04.1 nach erfolgreicher Erprobung für 6 Monate Diagn.: _____								
<input type="checkbox"/>	12 34 56X Dr. med. Arzt Facharzt Musterplatz 2 54321 Muster am Rhein								

Patient bitte auf der
Rückseite unter-
schreiben 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 7.30-16.15 Uhr, Freitag 7.30-13.30 Uhr