

Muster 16_Beispiel_ Vollautomatisches Blutdruckmessgerät

Gebührenpflichtig o. befreit ankreuzen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Krankenkasse		6	7	8	9			
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung						Gesamt-Brutto
Herr Mustermann								
geb. am		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.						Faktor
01.01.2029		1. Verordnung						Taxe
Kostenträgerkennung		2. Verordnung						
12345		3. Verordnung						
Versicherten-Nr.		Betriebsstätten-Nr.						
1234567		Arzt-Nr.						
Status		Datum						
10005		3782...						
Betriebsstätten-Nr.		3698521						
Arzt-Nr.		19.10.2045						
Datum								

Vollautomatisches Blutdruckmessgerät zur Oberarmmessung oder HiMiNr. 21.28.01.2
 bei Patienten, die regelmäßiger und mehrmals tägl. **kontinuierlicher Messung** Kontrolle bedürfen] **z. B.:**

- Hypertonie, die medikamentös schwer behandelbar und bei der der Versicherte nach ärztl. Anweisung die Medikation selbst anpassen kann u./o.
- dauerhaft eine engmaschige Überwachung benötigt wird; eine ausführliche. ärztl. Begründung ist erforderlich.
- Schwangerschaftsinduzierte Hypertonie

Ergänzende Erläuterung gemäß GKV Hilfsmittel-Verzeichnis: Bitte nicht auf der Verordnung notieren!

Ggf. Besonderheiten/ Ausschlüsse beachten: „Oszillometrische Geräte sollten ggf. nicht bei Versicherten mit Herzrhythmusstörungen eingesetzt werden. Die Herstellerangaben sind zu beachten.“

Datum, Unterschrift, Praxisstempel	
Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)	

Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers
1		
2		
3		

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

Stand: GKV Hilfsmittelverzeichnis 20230817 s. <https://www.rehadat-gkv.de>