

Muster 16_Beispiel_Anatomisch geformte Vorlagen

Gebührenpflichtig o. befreit ankreuzen

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|------------|-----------------|---------------|--|---------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------------|---|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gebühr frei <input type="checkbox"/> Geb.-pfl. <input type="checkbox"/> noctu <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall | Krankenkasse bzw. Kostenträger | <table border="1"> <tr> <td>BVG</td> <td>Hilfsmittel</td> <td>Impfstoff</td> <td>Spr.-St. Bedarf</td> <td>Begr.-Pflicht</td> <td>Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | BVG | Hilfsmittel | Impfstoff | Spr.-St. Bedarf | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK | 6 | 7 | 8 | 9 | | |
| | BVG | Hilfsmittel | Impfstoff | Spr.-St. Bedarf | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK | | | | | | | | | | | |
| 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Krankenkasse | <table border="1"> <tr> <td>Zuzahlung</td> <td colspan="5">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | Zuzahlung | Gesamt-Brutto | | | | | | | | | | |
| Zuzahlung | Gesamt-Brutto | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Name, Vorname des Versicherten | geb. am | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Herr Mustermann | 01.01.2029 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status | | | | | | | | | | | | | | |
| | 12345 | 1234567 | 10005 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3782... | 3698521 | 19.10.2045 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) | | | | | Vertragsarztstempel | | | | | | | | | | | |
| | Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung | | | | | Datum, Unterschrift, Praxisstempel | | | | | | | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Schwere Harninkontinenz und/oder Stuhlinkontinenz ca. 5-6 Stück pro Tag | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Bei aus... <input type="checkbox"/> Unfall | | | | | Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014) | | | | | | | | | | | |

Empfangsbestätigung für Hilfsmittel

| Nr. | Datum | Unterschrift des Empfängers |
|-----|-------|-----------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

Vermerke der Krankenkasse

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 Euro) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.