

Muster 16_Beispiel_ Weipolsterbettungseinlagen

Gebührenpflichtig o. befreit ankreuzen

<input type="checkbox"/> Geb. 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	<table border="1"> <tr> <td>geb. am</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Herr Mustermann</td> <td colspan="5">01.01.2029</td> </tr> </table>					geb. am						Herr Mustermann	01.01.2029				
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)																
	<p>Weichpolsterbettungseinlagen, elastisch, druckumverteilend (oder siebenstellige Hilfsmittelnr.08.03.02.1):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Z. B. Knick-Senk-Spreizfuß, kontrakt, bds. • Angio-neuropathische Fußveränderungen • Anzahl: 1 Paar <p>-----</p> <p>Ergänzende Erläuterung gemäß GKV Hilfsmittel-Verzeichnis: Bitte nicht auf der Verordnung notieren!</p> <p>(2 Paar aus hygienischen Gründen möglich; „Wechselpaar sollte erst an die Versicherte oder den Versicherten abgegeben werden, wenn das erste Paar ausreichend und mit positivem Ergebnis durch die Versicherte oder den Versicherten erprobt wurde (Erstverordnung)“; Lebensdauer gemäß Hilfsmittelverzeichnis in der Regel mindestens ein Jahr.)</p>																
	<p>aut idem</p> <p>aut idem</p> <p>aut idem</p> <p>Bei aus</p> <p>Unf</p>																
	<p>Datum, Unterschrift, Praxisstempel</p> <p>Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)</p>																

Empfangsbestätigung für Hilfsmittel			Vermerke der Krankenkasse
Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers	
1			
2			
3			
<p>Stempel der Apotheke / des Lieferanten</p>			

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.

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