

Milchpumpe von Ardo Calypso, Erstverordnung

Rezeptvorlage

<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			BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St.-Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
	Name, Vorname des Versicherten			6	X	8	9				
	geb. am			Zuzahlung						Gesamt-Brutto	
	Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status				
	Betriebsstätten-Nr.			Arzt-Nr.			Datum				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel								
<input type="checkbox"/> aut idem <input type="checkbox"/> aut idem <input type="checkbox"/> aut idem			1 elektrische Intervall-Milchpumpe zzgl. Doppelpumpset und Brusthaubenset, HVM Nr. : 01.35.01.1XXX D: Förderung des Prolaktinspiegels, Zustand nach Geburt/med.Gründe, Mietzeit: 8 Wochen								
bbbr			<input type="text"/>			Abgabedatum in der Apotheke				Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!											
Unfalltag			Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer								