

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-Nr. / IK	
			6	X	8	9			
	Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Zuzahlung		Gesamt-Brutto		
					Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe
					1. Verordnung				
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		2. Verordnung			
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		3. Verordnung			
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, HMV Nr. : 01.35.01.1XXX D: Förderung des Prolaktinspiegels, Zustand nach Geburt/med.Gründe, Mietzeit: 8 Wochen							
bbb1		<input type="text"/>		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer							