

REZEPTVORLAGE ERSTVERORDNUNG

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
		6	X	8	9	
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am				
noctu						
Sonstige						
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			
			Vertragsarzttempel			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						
aut idern	Eine Elektrostimulation (EMS) / ein Biofeedback (EMG) zur <i>Miete</i> mit einer Vaginal/Rektalelektrode HMV Nr.: 09.37.03.0 bzw. 09.37.03.1					
aut idern	D: Beckenbodeninsuffizienz, Inkontinenz II. Die konservativen Maßnahmen sind erschöpft					
aut idern						
	666H	[][][][][]			Abgabedatum in der Apotheke	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!						
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer					
Unterschrift des Arztes Muster 16						

REZEPTVORLAGE gültig für eine FOLGEVERORDNUNG

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
		6	X	8	9	
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am				
noctu						
Sonstige						
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			
			Vertragsarzttempel			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						
aut idern	Eine Elektrostimulation (EMS) / ein Biofeedback (EMG) zur <i>Miete als Folgeverordnung</i> mit einer Vaginal/Rektalelektrode HMV Nr.: 09.37.03.0 bzw. 09.37.03.1					
aut idern	D: Beckenbodeninsuffizienz, Inkontinenz II. Die konservativen Maßnahmen sind erschöpft					
aut idern						
	666H	[][][][][]			Abgabedatum in der Apotheke	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!						
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer					
Unterschrift des Arztes Muster 16						