

Verordnungsbeispiel für Hilfsmittel

Für eine schnelle und komplikationslose Versorgung ihrer Patienten mit Hilfsmitteln, spielt das Rezept eine wichtige Rolle. Nachfolgendes Verordnungsbeispiel zeigt alle von den Krankenkassen geforderten Informationen. **Bitte beachten Sie, dass eine Belieferung erst nach Rezepteingang erfolgen kann.**

Zuzahl.-frei od. pflichtig?

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG		Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St.	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Krankenkasse / Versicherung		6	X	8	9				
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Zuzahlung					
Max Mustermann		01.01.1957		Gesamt-Brutto					
Mustermannweg 1				Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.					
12345 Musterstadt				Faktor					
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		Taxe			
123456789		12345678910		5000/1		1. Verordnung			
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		2. Verordnung			
123456789		123456789		akt. Datum		3. Verordnung			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)									
Hilfsmittel - max. 3 Positionen,									
z.B. 10 x Beinbeutel 750/50									
Monatsbedarf									
Versorg.-Zeitraum: 01.01.-31.03.20..									
Diagnose: Neurogene Blasenstörung									
Vertragsarztstempel									
Arztstempel mit Unterschrift									
Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2006)									
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!									
Abgabedatum in der Apotheke									
Unfalltag									
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer									

Für die Abrechnung mit den Krankenkassen ist die Vollständigkeit der Angaben zu gewährleisten. Bitte geben Sie unbedingt die auf dem Rezeptvordruck aufgeführten Inhalte an.

- Das Hilfsmittel - maximal 3 Positionen, z.B. 2 x Silikonkatheter CH 18
10 x Beinbeutel 750/50
2 x Bettbeutel 2000/120
- Bei der Rezeptierung ist der Versorgungszeitraum (VZ) anzugeben:
 - für die **Erstversorgung**, z.B. ein Monatsbedarf: **01.01.-31.01.20..**
 - für die **Folgeversorgung** z.B. eine Dauerverordnung, z.B. **01.01.20..-31.12.20...**
Bitte weisen Sie zusätzlich **unbedingt die benötigte Menge pro Monat aus**, z.B. 150-180 Stk. (Monatsbedarf)
 - oder für die Folgeversorgung eine **3-Monatsversorgung 01.01.20..-31.03.20..**
- Zusätzlich geben Sie bitte die Diagnose wie z.B. Blasenentleerungsstörung oder Harnverhalt an. Bei handschriftlichen Änderungen bitte Arztstempel und Unterschrift nicht vergessen.

Bei Fragen steht Ihnen das MPF-Team im Innen- und Außendienst gerne jederzeit zur Verfügung.