

☐ Geb.-frei ☐ Geb.-pfl. ☐ noctu. ☐ Sonstige	Krankenkasse bzw. Kostenträger Musterkasse Name, Vorname des Versicherten Mustermann geb. am 11.12.1956 Maria Musterstraße 12 10/14 123456 Musterstadt	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Hilfs- BVG</td> <td style="width: 10%;">Hilfs- mittel</td> <td style="width: 10%;">Impf- stoff</td> <td style="width: 10%;">Spr.-St. Bedarf</td> <td style="width: 10%;">Begr.- Pflicht</td> <td style="width: 50%;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Hilfs- BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	6	7	8	9		
Hilfs- BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK									
6	7	8	9											
	Kassen-Nr. 106458753 Versicherten-Nr. A123456789 Status 1000 1 Betriebsstätten-Nr. 211041313 Arzt-Nr. 6543217 Datum 10.06.2022	Zuzahlung Gesamt-Brutto <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</td> <td style="width: 15%;">Faktor</td> <td style="width: 15%;">Taxe</td> </tr> <tr> <td>1. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe	1. Verordnung			2. Verordnung			3. Verordnung		
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe												
1. Verordnung														
2. Verordnung														
3. Verordnung														
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)													
☐ aut idem	1 faltbarer, elektrischer Rollstuhl													
☐ aut idem	Diagnose													
☐ aut idem	Fahrtauglichkeit ist gegeben													
Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Unfalltag:		Abgabedatum in der Apotheke:												
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer:		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)												

Wichtige Hinweise und Tipps:

- ➡ Die Krankenkasse übernimmt grundsätzlich die Kosten für Hilfsmittel, die medizinisch notwendig sind.
- ➡ Ihr Arzt stellt diese Verordnung für ein Modell aus, das im Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenkassen gelistet ist. Dann zahlen Sie lediglich eine gesetzliche Zuzahlung in Höhe von 10,- Euro.
- ➡ Budget Neutralität gewährleistet.
- ➡ Erprobung durch die Fellerhoff MED-Tec als zertifiziertes Unternehmen durchgeführt und garantiert.
- ➡ IK Nummer: 590507217

Philipp-Reis-Straße 11
 46397 Bocholt

 Office: +49 2871 342 814 0
 Fax: +49 2871 342 814 2
info@fellerhoff-medizintechnik.de
www.fellerhoff-medizintechnik.de



Weitere Infos
finden Sie hier.