

# Rezepttext für die Verordnung von Contrelle Activgard

Wichtig: Bitte unbedingt "Hilfsmittel" ankreuzen !

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Gebühr frei		Mustermann - Krankenkasse		Hilfs- mittel		Impf- stoff		Spr.-St. Bedarf		Begr.- Plicht		Apotheken-Nummer / K	
Name, Vorname des Versicherten		Geb. : pf.		Erika Mustermann		geb. am		6		X		8		9	
Musterstraße 123		12345 Musterhausen		12.12.1940											
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status											
123456		123456789		1 2											
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum											
12 34 56		12 / 25		15.08.2023											
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		auf Idem		1 Starterset intravaginale Tampons											
HiMi-Nr: 15.25.21.2		auf Idem													
Diagnose: Harnbelastungsinkontinenz Grad II		auf Idem		bbbr											
Bei Arbeitsunfall auszuweisen!		auf Idem													
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer													
														19562454	
														Dr. med. Mustermann Facharzt f. xxxxxxxxx Mustermann-gasse 1 12345 Musterhausen	
														Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.2002)	

Diagnose nicht vergessen.

Bei weiteren Fragen erreichen Sie uns jederzeit unter  
Tel.: 0231 - 48 84 45

