

Rezepttext für die Verordnung des Elektrostimulations-/EMG-Biofeedbacksystems

DuoBravo U

Wichtig: Bitte unbedingt "Hilfsmittel" ankreuzen !

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Ereuzen Sie die entsprechenden Felder an: Ereuzen Sie die entsprechenden Felder an: Ereuzen Sie die entsprechenden Felder an:		Apotheken-Nummer / K							
<input type="checkbox"/> Gebüh- re	Mustermann - Krankenkasse			<input type="checkbox"/> 6	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Geb- pl.	Name, Vorname des Versicherten Erika Mustermann			Zuzahlung					Gesamt-Brutto		
<input type="checkbox"/> noctu	Musterstraße 123			Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.					Faktor		Taxe
<input type="checkbox"/> Sonstige	12345 Musterhausen			Vertragsarztstempel							
<input type="checkbox"/> Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status								
	123456	123456789	1 2								
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum								
	12 34 56	12 / 07	10.01.24								
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)											
<input type="checkbox"/> auf idem	1 DuoBravo U Kombisystem zur Miete für 90 Tage mit Vaginalsonde/Rektalsonde			Dr. med. Mustermann Facharzt f. xxxxxxxxx Mustermannngasse 1 12345 Musterhausen							
<input type="checkbox"/> auf idem	Diagnose: Harnbelastungsinkontinenz Grad II			Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.2002)							
<input type="checkbox"/> auf idem	bbbrr			19562454							
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!											
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer									

Bitte die Diagnose nicht vergessen.

Auf der Rückseite des Rezeptes kann der Patient / die Patientin die Einweisung und den Erhalt des Therapie-Systems quittieren.

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