

Wichtige Informationen zum ASEPT® Hilfsmittelrezept

- ▶ Hilfsmittel (Nummer 7) kennzeichnen
- ▶ Ausstellungsdatum eintragen
- ▶ Hilfsmittelnummern müssen nicht eingetragen werden
- ▶ Rezepttext:
Genaue Artikelbeschreibung, Menge und Hersteller, Pharmazentralnummer (PZN)
Angabe des Versorgungszeitraums, z. B. Monat X oder Quartal Y
Diagnose nach ICD-10-Schlüssel
Falls im Versorgungszeitraum weitere Rezepte ausgestellt werden, muss eine Begründung, z. B. „Mehrbedarf“, angegeben werden.

Sollten Sie keine Freiumschläge zur Hand haben (unter 02236 9641-530 anzufordern),
senden Sie bitte Ihr ausgefülltes Rezept an:

pfm medical tpm gmbh
Hilfsmittelrezept
Wankelstraße 60
D-50996 Köln

Musterrezept ASEPT® 600 ml Drainage Kit

Freigabe 06.05.2008	
Gebühr frei Geb.-pfl. noctu Sonstige Unfall Arbeits-unfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 06.05.2008 Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 12.12.2015 BVG Hilfs-mittel Impf-stoff Spr.-St.-Bedarf Begr.-Pflicht Apotheken-Nummer / IK 6 7 8 9 Zuzahlung Gesamt-Brutto Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe 1. Verordnung 2. Verordnung 3. Verordnung
Verbindliches Muster	
aut idem aut idem aut idem Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) 1 VE (10 St.) ASEPT® 600 ml Drainage Kit, pfm medical tpm gmbh, PZN 09917585 Monatsbedarf 05.2015 ICD-10 J91 6667 Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Unfalltag Abgabedatum in der Apotheke Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer Vertragsarztstempel Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)	

Musterrezept ASEPT® 1000 ml Drainage Kit

Freigabe 06.05.2008

☐ Geb.-frei ☐ Geb.-pfl. ☐ noctu ☐ Sonstige ☐ Unfall ☐ Arbeits-unfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 12.12.2015	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">BVG</td> <td style="width: 5%;">Hilfs-mittel</td> <td style="width: 5%;">Impf-stoff</td> <td style="width: 5%;">Spr.-St. Bedarf</td> <td style="width: 5%;">Begr.-Pflicht</td> <td style="width: 30%;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Zuzahlung</td> <td style="width: 50%;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <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 style="height: 20px;">1. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;">2. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;">3. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	6	7	8	9			Zuzahlung	Gesamt-Brutto			Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe	1. Verordnung			2. Verordnung			3. Verordnung		
BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK																									
6	7	8	9																											
Zuzahlung	Gesamt-Brutto																													
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe																												
1. Verordnung																														
2. Verordnung																														
3. Verordnung																														

Verbindliches Muster

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

☐ aut idem **1 VE (10 St.) ASEPT® 1000 ml Drainage Kit, pfm medical tpm gmbh, PZN 11143122**
☐ aut idem **Monatsbedarf 05.2015**
☐ aut idem **ICD-10 R18**

☐ aut idem **666H**

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
-----------	--------------------------------------

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Musterrezept bei Mehrbedarf

Freigabe 06.05.2008

☐ Geb.-frei ☐ Geb.-pfl. ☐ noctu ☐ Sonstige ☐ Unfall ☐ Arbeits-unfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 12.12.2015	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">BVG</td> <td style="width: 5%;">Hilfs-mittel</td> <td style="width: 5%;">Impf-stoff</td> <td style="width: 5%;">Spr.-St. Bedarf</td> <td style="width: 5%;">Begr.-Pflicht</td> <td style="width: 30%;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Zuzahlung</td> <td style="width: 50%;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <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 style="height: 20px;">1. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;">2. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;">3. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	6	7	8	9			Zuzahlung	Gesamt-Brutto			Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe	1. Verordnung			2. Verordnung			3. Verordnung		
BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK																									
6	7	8	9																											
Zuzahlung	Gesamt-Brutto																													
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe																												
1. Verordnung																														
2. Verordnung																														
3. Verordnung																														

Verbindliches Muster

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

☐ aut idem **1 VE (10 St.) ASEPT® 1000 ml Drainage Kit, pfm medical tpm gmbh, PZN 11143122**
☐ aut idem **Monatsbedarf 05.2015, Mehrbedarf**
☐ aut idem **ICD-10 R18**

☐ aut idem **666H**

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
-----------	--------------------------------------

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)