

Muster 16_Beispiel_ Weipolsterbettungseinlagen

Gebührenpflichtig o. befreit ankreuzen

| | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|-------------|-----------|-----------------|---------------|--|---------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | BVG | Hilfsmittel | Impfstoff | Spr.-St. Bedarf | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK | |
| Krankenkasse | | 6 | 7 | 8 | 9 | | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | Zuzahlung | | | | | | Gesamt-Brutto |
| Herr Mustermann | | | | | | | | |
| geb. am | | Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | | | | | | Faktor |
| 01.01.2029 | | 1. Verordnung | | | | | | Taxe |
| Kostenträgerkennung | | 2. Verordnung | | | | | | |
| 12345 | | 3. Verordnung | | | | | | |
| Versicherten-Nr. | | | | | | | | |
| 1234567 | | | | | | | | |
| Status | | | | | | | | |
| 10005 | | | | | | | | |
| Betriebsstätten-Nr. | | | | | | | | |
| Arzt-Nr. | | | | | | | | |
| 3782... | | | | | | | | |
| 3698521 | | | | | | | | |
| Datum | | | | | | | | |
| 19.10.2045 | | | | | | | | |
| Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) | | | | | | | Vertragsarztstempel | |
| <p>Weichpolsterbettungseinlagen, elastisch, druckumverteilend (oder siebenstellige Hilfsmittelnr.08.03.02.1):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Z. B. Knick-Senk-Spreizfuß, kontrakt, bds. • Angio-neuropathische Fußveränderungen • Anzahl: 1 Paar <p>-----</p> <p>Ergänzende Erläuterung gemäß GKV Hilfsmittel-Verzeichnis: Bitte nicht auf der Verordnung notieren!</p> <p>(2 Paar aus hygienischen Gründen möglich; „Wechselpaar sollte erst an die Versicherte oder den Versicherten abgegeben werden, wenn das erste Paar ausreichend und mit positivem Ergebnis durch die Versicherte oder den Versicherten erprobt wurde (Erstverordnung)“; Lebensdauer gemäß Hilfsmittelverzeichnis in der Regel mindestens ein Jahr.)</p> | | | | | | | Datum, Unterschrift, Praxisstempel | |
| | | | | | | | Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014) | |

Empfangsbestätigung für Hilfsmittel

| Nr. | Datum | Unterschrift des Empfängers |
|-----|-------|-----------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

Vermerke der Krankenkasse

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 Euro) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.

Stand: GKV Hilfsmittelverzeichnis 20230817 s. <https://www.rehadat-gkv.de>