

NeuroTrac Myo Plus, ERSTVERORDNUNG

Rezeptvorlage

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
<input type="checkbox"/> Geb.-frei		6	X	8	9		
<input type="checkbox"/> Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
<input type="checkbox"/> noctu							
<input type="checkbox"/> Sonstige							
<input type="checkbox"/> Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		Faktor	Taxa	
					1. Verordnung		
					2. Verordnung		
					3. Verordnung		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							Vertragsarztstempel
<input type="checkbox"/> aut idem	Ein Biofeedback (EMG) / Elektrostimulation (EMS)						
<input type="checkbox"/> aut idem	z.B. NeuroTrac Myo Plus / femcare zur Miete						
<input type="checkbox"/> aut idem	mit einer Vaginal/Rektalelektrode						HMV Nr.: 09.37.03.1
<input type="checkbox"/> aut idem	D: Beckenbodeninsuffizienz, Inkontinenz II.						
	Die konservativen Maßnahmen sind erschöpft						
bbb				Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer			
				3710776004			