


MUSTER-REZEPT

Gebzfr. für	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel- nr.	Impf- stoff	Spez.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Geb... plt.	Musterkrankenkasse		6	X	8	9	
noctü	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung				
Sonstige	Mustermann, Erika		Gesamt-Brutto				
Unfall	Musterstraße 100		geb. am		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		
Arbeits- unfall	12345 Musterstadt		TT.MM.JJJJ		Faktor		
	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		Taxe		
	123456789	A123456789			1. Verordnung		
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		2. Verordnung		
	987654321	123456789	TT.MM.JJJJ		3. Verordnung		
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel				
aut. idem	Produktname, Artikelnummer		 Musterpraxis Dr. Mustermann 12345 Musterstadt				
aut. idem	Diabetes mellitus Typ 1 oder ICD Code						
aut. idem	666r						
	Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2006)		
	Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer					

Für eine reibungslose Bearbeitung bitten wir Sie, die nebenstehende beispielhafte Rezeptvorlage zu beachten.

- MiniMed 670G mg/dl Insulinpumpe DE670GMGDL1
- MiniMed 670G mmol/l Insulinpumpe DE670GMMOLL1

Medtronic GmbH, Geschäftsbereich Diabetes

Postfach 1441, 40639 Meerbusch, Fax: 0211 527 03 006

Stand 09/2019 UC202004667 DE

Medtronic