

# Musterrezept für Ihre Verordnung

**Bitte beachten:** Die Genehmigung durch den Kostenträger für die Kostenerstattung benötigt einen Vorlauf von einigen Wochen und muss **vor** Vereinbarung des Einsetztermins vorliegen.

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
	Musterkrankenkasse			6	X	8	9			
Geb.- ph.	Name, Vorname des Versicherten			Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
noctu	Mustermann, Thomas									
Sonstige	Musterstraße 100			Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe		
	12345 Musterstadt			1. Verordnung						
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	2. Verordnung						
	123456789	A123456789	1	3. Verordnung						
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum							
	258106700	123456789	TT.MM.JJJJ							
<b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel							
aut idem	Eversense E3 rtCGM-System mg/dl oder mmol/l (Sensoren, Transmitter, Pflaster)									
aut idem	Erstverordnung / Folgeverordnung (Jahresverordnung)									
aut idem	Diagnose: z.B. Diabetes mellitus Typ 1/2 oder ICD 10 Codierung									
aut idem	Indikation: z.B. Nichterreichung des Therapiezieles, Pflasterallergie									
<b>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</b>			Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)					
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer			<b>258106700Y</b>					

## Hilfsmittelnummern:

- Eversense E3 rtCGM-System mg/dl: 30.43.01.0004
- Eversense E3 rtCGM-System mmol/l: 30.43.01.0005