

Muster 16_Beispiel_Anatomisch geformte Vorlagen

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		Taxe										
01.01.2029			1. Verordnung																			
			2. Verordnung																			
			3. Verordnung																			
Kostenträgerkennung			Versicherten-Nr.			Status																
12345			1234567			10005																
Betriebsstätten-Nr.			Arzt-Nr.			Datum																
3782...			3698521			19.10.2045																
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)										Vertragsarztstempel												
<p>Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung oder HiMiNr. 15.25.30.1 z. B. bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schädigung der Harninkontinenz und/oder • Stuhlinkontinenz mit unwillkürlichen Harn- und Stuhlabgängen <p>Bedarf: ca. 5-6 Stück pro Tag (ca. 450 Stück/ Quartal)</p> <p>-----</p> <p>Ergänzende Erläuterung gemäß GKV Hilfsmittel-Verzeichnis: Bitte nicht auf der Verordnung notieren!</p> <p>(Siehe Definition Produktgruppe 15: „So können für eine bedarfsgerechte Versorgung je nach Einzelfall 5 oder mehr Produkte in einem Zeitraum von 24 Stunden notwendig sein.“ Insofern kann der individuelle Bedarf auch niedriger, oder höher sein.)</p>										<p>Datum, Unterschrift, Praxisstempel</p>												
<p>Empfangsbestätigung für Hilfsmittel</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nr.</th> <th>Datum</th> <th>Unterschrift des Empfängers</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers	1			2			3			<p>Vermerke der Krankenkasse</p>
Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers																				
1																						
2																						
3																						
<p>Stempel der Apotheke / des Lieferanten</p>																						
<p>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.</p>																						

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