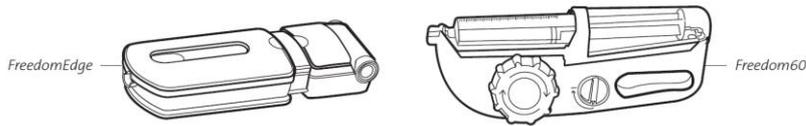


Verordnungshilfe für FREEDOM60® - oder FreedomEdge® Syringe Infusion Systems

DiaExpert

Diabetes bewegen



Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impl- stoff	Spr.-St- Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Gebühr frei			6	X	8	9		
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
noctu	geb. am							
Sonstige	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status			
Unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum			
Arbeits- unfall								
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Artikel- nummer		HMV		Vertragsarztstempel		
aut idem	Artikelbezeichnung							
aut idem	FREEDOM60® Syringe Infusion System		F10050		03.99.07.1017			
aut idem	FreedomEdge® Syringe Infusion System		F10020		03.99.07.1016			
aut idem	Diagnose:		666H		Abgabedatum in der Apotheke			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer		27/111100 Psychologische Gemeinschaftspraxis Dr. med. Markus Mustermann Dr. rer. nat. Erik Mustermann Dorfheidestraße 1 51069 Köln Tel. 02 21 / 9 87 65 43 Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)		

Beim Ausfüllen der Verordnungen für die Infusionspumpensysteme beachten Sie bitte folgendes:

- ➔ Angabe des spezifischen Produktnamens **FREEDOM60®** Syringe Infusion System oder **FreedomEdge®** Syringe Infusion System
- ➔ Angabe der Diagnose
- ➔ Das **Feld Nummer 7** für „Hilfsmittel“ ankreuzen
- ➔ Die weiteren Hilfsmittel auf einer separaten Verordnung notieren. (Siehe nächste Seite)
- ➔ Die ausgefüllten Rezepte senden Sie bitte an Ihren kooperierenden Fachhändler.

Verordnungshilfe für das Zubehör zu Infusionspumpen Precision Flow Rate Tubing™



Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel- stoff	Impf- stoff	Spr.-St. Berlief	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten		6	X	8	9		
<input type="checkbox"/> Geb.- pfl.	geb. am		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
<input type="checkbox"/> noctu								
<input type="checkbox"/> sonstige	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
<input type="checkbox"/> Unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	1. Verordnung					
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Datum		2. Verordnung					
			3. Verordnung					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel						
<input type="checkbox"/> aut idem	Precision Flow Rate Tubing™		27/1111100 Psychologische Gemeinschaftspraxis Dr. med. Markus Mustermann Dr. rer. nat. Erik Mustermann 51069 Köln Tel. 02 21 / 0 87 65 43					
<input type="checkbox"/> aut idem	PZN + Artikelnummer + Anzahl		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)					
<input type="checkbox"/> aut idem	Diagnose:		Abgabedatum in der Apotheke					
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Unfalltag						
		Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer						

Beim Ausfüllen der Verordnungen für die **Precision FlowRate Tubing™** beachten Sie bitte folgendes:

- ➔ Angabe des spezifischen Produktnamens + Artikelnummer + Anzahl der Produkte (s. beigefügte Liste)
- ➔ Angabe der Diagnose
- ➔ Das **Feld Nummer 7** für „Hilfsmittel“ ankreuzen
- ➔ Die ausgefüllten Rezepte senden Sie bitte an Ihren kooperierenden Fachhändler.

Verordnungshilfe für die HlgH-Flo Needle Sets™

HlgH-Flo
Subcutaneous Safety Needle Sets™



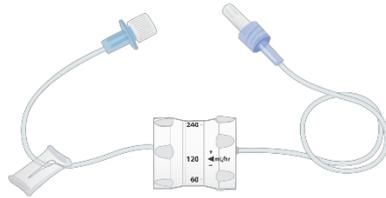
Beispielabbildung:
4-Nadelset

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bestand	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
<input type="checkbox"/> Geb.- pflicht	Name, Vorname des Versicherten	6	8	9				
<input type="checkbox"/> noctu		Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
<input type="checkbox"/> Sonstige	geb. am	Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe			
<input type="checkbox"/> Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		1. Verordnung				
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		2. Verordnung				
		Datum		3. Verordnung				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel						
<input type="checkbox"/> aut idem	HlgH-Flo Subcutaneous Needle Sets™		27/111100					
<input type="checkbox"/> aut idem	PZN + Name + Artikelnummer + Anzahl		Psychologische Gemeinschaftspraxis					
<input type="checkbox"/> aut idem	Diagnose:		Dr. med. Markus Mustermann					
	6661	Abgabedatum in der Apotheke		Dr. rer. nat. Erik Mustermann				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				Dortheidestraße 1				
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer		51069 Köln				
				Tel. 02 21 / 8 87 65 43				
				<i>Erik Mustermann</i>				
				Unterschrift des Arztes				
				Muster 16 (10.2014)				

Beim Ausfüllen der Verordnungen für die **HlgH-Flo Subcutaneous Needle Sets™** beachten Sie bitte folgendes:

- ➔ Angabe des spezifischen **Produktname**s + **Artikelnummer** + **Anzahl** der Produkte (s. beigefügte Liste)
- ➔ Angabe der Diagnose
- ➔ Das **Feld Nummer 7** für „Hilfsmittel“ ankreuzen
- ➔ Die ausgefüllten Rezepte senden Sie bitte an Ihren kooperierenden Fachhändler.

Verordnungshilfe für den Precision Flow Rate Controller™



Gebühr frei		Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Beckler	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Geb.- pfl.		Name, Vorname des Versicherten		6	X	8	9		
noctu		geb. am		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
Sonstige		Kostenträgerkennung		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
Unfall		Versicherten-Nr.		1. Verordnung					
Arbeits- unfall		Betriebsstätten-Nr.		2. Verordnung					
		Arzt-Nr.		3. Verordnung					
		Datum							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)					Vertragsarztstempel				
aut idem					27/1111100				
aut idem					Psychologische Gemeinschaftspraxis				
aut idem					Dr. med. Markus Mustermann				
aut idem					Dr. rer. nat. Erik Mustermann				
aut idem					Dortheidestraße 1				
aut idem					51069 Köln				
aut idem					Tel. 02 21 / 8 87 65 43				
aut idem					<i>Markus Mustermann</i>				
Diagnose:					Unterschrift des Arztes				
6668					Muster 16 (10.2014)				
Abgabedatum in der Apotheke									
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!									
Unfalltag					Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer				

Beim Ausfüllen der Verordnungen für den **Precision FlowRate Controller™** beachten Sie bitte folgendes:

- ⇒ Angabe des spezifischen **Produktnamens + Anzahl** der Produkte
- ⇒ Angabe der Diagnose
- ⇒ Das **Feld Nummer 7** für „Hilfsmittel“ ankreuzen
- ⇒ Die ausgefüllten Rezepte senden Sie bitte an Ihren kooperierenden Fachhändler.