



Musterrezept für die Verordnung des Eversense E3 CGM Systems

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Scr-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
<input type="checkbox"/> Gebüh-frei	Musterkrankenkasse		6	X	8	9				
<input type="checkbox"/> Gek-nt	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung			Gesamt-Brutto				
<input type="checkbox"/> noctu	Mustermann, Thomas									
<input type="checkbox"/> Sonstige	Musterstraße 100		geb. am TT.MM.JJJJ							
	12345 Musterstadt		TT/MM							
<input type="checkbox"/> Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status							
	123456789	A123456789	1							
<input type="checkbox"/> Arbeits-unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum							
	258106700	123456789	TT.MM.JJJJ							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel							
<input type="checkbox"/> auf idem	Eversense E3 rtCGM System mg/dl oder mmol/l (Sensoren, Transmitter, Pflaster)									
<input type="checkbox"/> auf idem	Erstverordnung / Folgeverordnung (Jahresverordnung)									
<input type="checkbox"/> auf idem	Diagnose: z.B. Diabetes mellitus Typ 1 oder ICD 10 Codierung									
<input type="checkbox"/> auf idem	Indikation: z.B. Nichterreicherung des Therapiezieles, Pflasterallergie									
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			Abgabedatum in der Apotheke			Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)				
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer							258106700Y	