

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 Einsatztermins vorliegen.

☐ Gebühr frei ☒ Geb.- pf. ☐ noctu ☐ Sonstige ☐ Unfall ☐ Arbeits- unfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG Hilfs- Impf- Spr.-St. Begr.- mittel stoff Bedarf Pflicht		Apotheken-Nummer / IK
	Musterkrankenkasse		6 X 8 9		
	Name, Vorname des Versicherten		geb. am		
	Mustermann, Thomas		TT.MM.JJJJ		
Musterstraße 100		TT/MM			
12345 Musterstadt					
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.	Status		
123456789		A123456789	1		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Datum		
258106700		123456789	TT.MM.JJJJ		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)					
☐ 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. Nichterreichen des Therapiezieles, Pflasterallergie					
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				Abgabedatum in der Apotheke	
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer			
Stempel und Unterschrift des Arztes/Diabetologen					
Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)					
258106700Y					

Hilfsmittelnummern:

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