

Verordnung von Trinknahrung (gem. AM-RL vom 18.12.2008/22.01.2009)

Beispiele für die Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impl- stoff	Spr.-St. Bedarf	Regr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Gebühr frei	Musterkrankenkasse						
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto		
noctu	Mustermann						
Sonstige	Max						
Unfall	Musterstraße 5		Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe	
Arbeits- unfall	XXXXX Musterstadt		1. Verordnung				
	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status:	2. Verordnung			
				3. Verordnung			
	Betriebsstätten-Nr:	Arzt-Nr:	Datum:	Vertragsarztstempel			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
auf idem	1.						
auf idem	2.						
auf idem							
Bei Arbeits- unfall auszufüllen	Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer	Abgabedatum in der Apotheke	Unterschrift des Arztes			

Trinknahrung

1. Produktname mit benötigter Menge (i. d. R. für einen Monat),
z.B.: 4 x 24 x 200 ml Resource 2.0+fibre Mischkarton (3 Flaschen täglich).
 2. Versorgungszeitraum: i. d. R. ein Monat; bei GKV mit Pauschalen für Trinknahrung muss genauer Zeitraum mit Datum angegeben werden,
z.B.: Monatsbedarf vom 01.07.2018 bis 31.07.2018.
- ⇒ Angabe der Diagnose auf dem Rezept ist nicht zulässig!

Stempelfeld

