

WAS MUSS AUF `S REZEPT?

Genauer Befund / Indikation*

Tel Nr Patient

Krankenkasse bzw. Kostenträger BEK Hamburg			Hbl. ang. (000, 0000, 00000)	Reg. Pl. (0000)	Arbeitsnummer / X
Name, Vorname des Versicherten Mustermann Petra			geb. am 22.10.1960		
Breite Straße 22 12345 Burgstadt			Tel. 01234/2216		
Polizeinr. 45678	Versicherungs- 1234567-1011	Status pflichtversichert			
Vertragsnr. Nr. 97643	VG gültig bis 9/2012	Datum 22.12.2010			
Rp (Bitte Leerzeilen durchschreiben)			Vertragsummer (gel)		
D: Calcaneusfraktur rechts, Z.n. Osteosynthese. Persistierende postoperative Schwellung					
VADOPlex System HMNr. 17.99.02.0XXX					
<u>Unaufschiebbare Leistung</u>					
Mietdauer: 6 Wochen (1 Fußpad rechts, large)					
Bei Arbeitsunfall automatisch frei!					
Unfalltag	Unfallbeitrag oder Arbeitslosennummer				
			1234567Y	6416330Y	

Klinik der Universität
Klinik für Unfallchirurgie
Prof. Dr. med. G. Mich
Lange Schloßstr. 2
12345 Westfild
Unfallchirurgische Klinik
Muster Nr. K 1002

Dauer

Fuß oder Hand

links/rechts

Hilfsmittelnummer

Für sofortige Versorgung

Fuß Größe
> 42 = Large