

Rezeptbeispiele für das DuoBravo U

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr frei
Geb.-pfl.
noctu
Sonstige
Unfall
Arbeits-unfall

Name, Vorname des Versicherten

Kasse Versicherten-Nr. Status

Vertragsart VK gültig bis Datum

Hilfs- Impf- Spr-St. Begr-
mittel stoff Bedarf Pflicht

6 **X** 8 9

Apotheken-Nummer / K

Zuzahlung Gesamt-Brutto

09.37.03.1002

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

1x DuoBravo U mit Vaginalsonde
für 3 Monate zur Miete

D.: Stressinkontinenz, Grad 2

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr frei
Geb.-pfl.
noctu
Sonstige
Unfall
Arbeits-unfall

Name, Vorname des Versicherten

Kasse Versicherten-Nr. Status

Vertragsart VK gültig bis Datum

Hilfs- Impf- Spr-St. Begr-
mittel stoff Bedarf Pflicht

6 **X** 8 9

Apotheken-Nummer / K

Zuzahlung Gesamt-Brutto

09.37.03.1002

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

1x DuoBravo U
für weitere 3 Monate zur Miete

D.: Stressinkontinenz, Grad 2

Die Rezepte bitte an folgende Adresse schicken:
Curatec Services GmbH
Zechenstraße 62
47443 Moers