

Rezeptbeispiele für das DuoBravo N

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|------------------|-------------------------------|------------------|----------------|--------------------|-----------------|-----------------------|--|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | BVG | Hilfs- mittel | Impl- stoff | Spr.-St. Bedarf | Begr- Pflcht | Apotheken-Nummer / IK | |
| Geb.- frei | | 6 | X | 8 | 9 | | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | Zuzahlung | | | | | | |
| Geb.- pfl. | | Gesamt-Brutto | | | | | | |
| noctu | | 09.37.02.2002 | | | | | | |
| Sonstige | | Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | | | | | | |
| Kasse | Versicherten-Nr. | Faktor | | | | | | |
| Status | | Taxe | | | | | | |
| Unfall | | 1. Verordnung | | | | | | |
| Arbeits- unfall | | 2. Verordnung | | | | | | |
| | | 3. Verordnung | | | | | | |
| Vertragsart | VK gültig bis | Datum | | | | | | |

1 DuoBravo N zur Therapie
für 3 Monate zur Miete
Elektroden 50x50mm

D.: Radialisparese links

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|------------------|-------------------------------|------------------|----------------|--------------------|-----------------|-----------------------|--|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | BVG | Hilfs- mittel | Impl- stoff | Spr.-St. Bedarf | Begr- Pflcht | Apotheken-Nummer / IK | |
| Geb.- frei | | 6 | X | 8 | 9 | | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | Zuzahlung | | | | | | |
| Geb.- pfl. | | Gesamt-Brutto | | | | | | |
| noctu | | 09.37.02.2002 | | | | | | |
| Sonstige | | Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | | | | | | |
| Kasse | Versicherten-Nr. | Faktor | | | | | | |
| Status | | Taxe | | | | | | |
| Unfall | | 1. Verordnung | | | | | | |
| Arbeits- unfall | | 2. Verordnung | | | | | | |
| | | 3. Verordnung | | | | | | |
| Vertragsart | VK gültig bis | Datum | | | | | | |

1 DuoBravo N zur Therapie
für weitere 3 Monate zur Miete

D.: Radialisparese links

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|------------------|-------------------------------|------------------|----------------|--------------------|-----------------|-----------------------|--|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | BVG | Hilfs- mittel | Impl- stoff | Spr.-St. Bedarf | Begr- Pflcht | Apotheken-Nummer / IK | |
| Geb.- frei | | 6 | X | 8 | 9 | | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | Zuzahlung | | | | | | |
| Geb.- pfl. | | Gesamt-Brutto | | | | | | |
| noctu | | 09.99.01.1 | | | | | | |
| Sonstige | | Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | | | | | | |
| Kasse | Versicherten-Nr. | Faktor | | | | | | |
| Status | | Taxe | | | | | | |
| Unfall | | 1. Verordnung | | | | | | |
| Arbeits- unfall | | 2. Verordnung | | | | | | |
| | | 3. Verordnung | | | | | | |
| Vertragsart | VK gültig bis | Datum | | | | | | |

1x Elektroden für vorhandenes
Stimulationsgerät
Verordnungszeitraum: 1.1.-31.1.2020

D.: Radialisparese links

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