

Rezeptbestellung

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Gebührenbefreiung: ja nein

Seit wann: _____

Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Pneumologie, Immunologie und Intensivmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Marcus A. Mall

Sektion Cystische Fibrose / Christiane Herzog Zentrum

Leitung: PD Dr. Mirjam Stahl/ Dr. Carsten Schwarz

Tel.: 030 – 450 566 587

Fax: 030 – 450 566 959

E-Mail: mukoviszidose-ambulanz@charite.de

www.charite-ppi.de



Liebe Patienten, liebe Eltern,

um Ihnen einen reibungslosen Ablauf gewährleisten zu können, bitten wir Sie um genaue schriftliche Angaben Ihrer benötigten Medikamente für die Rezeptbestellung. Planen Sie bitte eine Bearbeitungszeit von ca. 2 Wochen ein. Stellen Sie sicher, dass ein quartalsgültiger Überweisungsschein sowie frankierte Rückumschläge in unserer Ambulanz vorliegen.

Bitte lassen Sie uns Ihre Rezeptbestellung wie folgt zukommen:

Fax: 030/ 450 566 959

oder

Email: mukoviszidose-ambulanz@charite.de

Bitte sorgfältig und gut lesbar ausfüllen.

Name des Medikaments/ Hilfsmittel	Dosis (mg, I.E., ml etc.)	Tabletten, Kapseln, Drg., Inhaletten, etc.	Stück-Zahl (Stk.)
Kreon	25.000 I.E.	Kapseln	200 Stk.



Bitte haben Sie Verständnis, dass **nicht** lesbare bzw. unvollständig ausgefüllte Bestellungen nicht bearbeitet werden können.

Beispiel für Heilmittelverordnung zur Physiotherapie:

Bitte lassen Sie sich genaue Angaben von Ihren Physiotherapeuten geben.

Folgeverordnung

oder

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch bitte ankreuzen

Heilmittel nach Maßgabe bitte vollständig ausfüllen

Heilmittelverordnung 13
Maßnahmen der Physikalischen Therapie/
Podologischen Therapie

Gebührpflicht: Krankenkasse bzw. Kostenträger
Gebührfrei: Name, Vorname des Versicherten
Unfall-/Unfallfolgen: geb. am
BVG: Kassen-Nr., Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum

IK des Leistungserbringers
Gesamt-Zuzahlung
Gesamt-Brutto
Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor
Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor
Wegegeld-/Pauschale Faktor km
Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)
 Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie
Verordnung außerhalb des Regelfalles Behandlungsbeginn spätest. am
Hausbesuch Ja Nein Ja Nein
Rechnungsnummer
Belegnummer

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges
Verbandsarztmenge Anzahl pro Woche

Indikationsschlüssel
ICD-10 - Code
Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde
Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Pauli Abrecht's Verlag, 20352 Lüdenscheid
Muster 13 (4.2013)

Vielen Dank!

Ihre Mukoviszidose – Ambulanz