

Bitte beachten: Die Genehmigung durch den Kostenträger für die Kostenerstattung benötigt einen Vorlauf von einigen Wochen und muss **vor** Vereinbarung des Einsetztermins vorliegen.

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger Musterkrankenkasse	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Geh.- m.	Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Thomas	6	X	8	9	
noctu	Musterstraße 100	Zuzahlung		Gesamt-Brutto		
Sonstige	12345 Musterstadt	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe	
Unfall	Kassen-Nr. 123456789 Versicherten-Nr. A123456789 Status 1	1. Verordnung				
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr. 258106700 Arzt-Nr. 123456789 Datum TT.MM.JJJJ	2. Verordnung				
		3. Verordnung				

Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Eversense XL rtCGM System mg/dl oder mmol/l (Sensoren, Transmitter, Pflaster)

Erstverordnung / Folgeverordnung (Jahresverordnung)

Diagnose: z.B. Diabetes mellitus Typ 1 oder ICD 10 Codierung

Indikation: z.B. Nichterreichung des Therapiezieles, Pflasterallergie

Stempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Abgabedatum in der Apotheke

258106700Y