

# MOTOmed®

## Rezeptbeispiel – MOTOmed gracile

### Rezeptformular

Der Arzt / die Ärztin verschreibt laut Hilfsmittelverordnung ein medizinisches Bewegungstherapiegerät. Anbei beispielhaft das ausgefüllte Rezept für ein MOTOmed gracile zur Beantragung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

|  |  |  |                             |                               |                  |   |                    |                   |                    |  |           |                                      |
|--|--|--|-----------------------------|-------------------------------|------------------|---|--------------------|-------------------|--------------------|--|-----------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gebühr frei<br><input checked="" type="checkbox"/> Geb.-pft.<br><input type="checkbox"/> noctu<br><input type="checkbox"/> Sonstige<br><input type="checkbox"/> Unfall<br><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall  | Krankenkasse bzw. Kostenträger               |  |                             | BVG                           | Hilfs-<br>mittel | Impf-<br>stoff                                | Spr.-St.<br>Bedarf | Begr.-<br>Pflicht | Apotheken-Nr. / IK |  |           |                                      |
|  | Name, Vorname des Versicherten               |  |                             | 6                             | X                | 8   | 9                  |                   |                    |  |           |                                      |
|  | geb. am                                      |  |                             | Zuzahlung                     |                  | Gesamt-Brutto                                 |                    |                   |                    |  |           |                                      |
|  | Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status |  |                             | Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. |                  | Faktor  |                    | Taxe              |                    |  |           |                                      |
|  | Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum |  |                             | 1. Verordnung                 |                  |   |                    |                   |                    |  |           |                                      |
|  |  |  |                             | 2. Verordnung                 |                  |   |                    |                   |                    |  |           |                                      |
|  |  |  | 3. Verordnung               |                               |                  |   |                    |                   |                    |  |           |                                      |
|  |  |  | Vertragsarztstempel         |                               |                  |   |                    |                   |                    |  |           |                                      |
| <p><b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> aut<br/><input checked="" type="checkbox"/> idem      1 fremdkraftbetriebener Bein- und Armtrainer MOTOmed gracile<br/>         (Hilfsmittel-Positionsnummer 32.06.01.0001)<br/>         Erforderliche Ausstattung siehe Erprobungsbericht in der Anlage!</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> aut<br/><input checked="" type="checkbox"/> idem      Es besteht die medizinische Notwendigkeit für die Hilfsmittelversorgung<br/>         laut Hilfsmittelverzeichnis – weitgehender Funktionsverlust der Bein- und<br/>         Armbeweglichkeit aufgrund folgender Indikation: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> aut<br/><input checked="" type="checkbox"/> idem</p> |  |  |                             |                               |                  |   |                    |                   |                    |  |           |                                      |
| <b>bbb</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |  | Abgabedatum in der Apotheke |                               |                  | Unterschrift des Arztes<br>Muster 16 (7.2008) |                    |                   |                    |  |           |                                      |
| <p><b>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Unfalltag</td> <td>Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer</td> </tr> </table>   |  |  |                             |                               |                  |   |                    |                   |                    |  | Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer |
| Unfalltag  | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer         |  |                             |                               |                  |   |                    |                   |                    |  |           |                                      |

Beispiel für ein Rezept: Verordnung Bein- und Armtrainer MOTOmed gracile

### → Information für den Arzt / die Ärztin:

Bitte überprüfen und aktualisieren Sie den ICD-Code.