

# REZEPT-REGEL

<b>Richtig!</b>	Prüfen Sie, ob das Rezept von Ihrem Arzt <b>richtig</b> ausgestellt wurde.
<b>Rechtzeitig!</b>	Kümmern Sie sich <b>rechtzeitig</b> um ein Rezept bei Ihrem Arzt und schicken Sie es uns.
<b>Rückseite!</b>	Unterschreiben Sie das Rezept auf der <b>Rückseite</b> .

## Rechtzeitig!

Bevor wir Ihnen Ihre Ware liefern dürfen, benötigen wir ein gültiges Rezept. Schicken Sie uns das richtig ausgefüllte und unterschriebene Rezept per Post zu.

### Adresse für Briefversand

Gesundheitsteam GmbH Bayern  
Postfach 1226  
82117 Gauting

Der Postweg kann bis zu 3 Tage dauern. Sollten Sie Ihre Ware **dringend** benötigen, dann faxen Sie uns das Rezept, bevor Sie uns das Original per Post schicken und rufen uns an um, Rückfragen gleich zu klären.

**Telefon:** 089/899485-0

**Fax:** 089/899485-20

## Richtig!

Prüfen Sie, ob Ihr Arzt alle **8 Punkte** auf Ihrem Rezept eingetragen hat.

1. **Diagnose**
2. **Bezeichnung** des Produkts/Artikels oder Verbands-/Hilfsmittels
3. **Artikelnummer** und/oder PZN-Nummer des Hilfsmittels
4. **Stückzahl** des Produkts/Artikels oder Verbands-/Hilfsmittels
5. **Versorgungszeitraum**
6. **Ausstellungsdatum** des Rezepts
7. **Unterschrift und Stempel** des Arztes
8. **Kreuz** bei Gebührenfrei oder Gebührenpflichtig

## Rückseite!

Unterschreiben Sie das Rezept auf der Rückseite im Kasten „Unterschrift des Empfängers“.

## Achten Sie darauf:

### ACHTUNG!

Es dürfen **nur max. 3 Artikel** auf einem Rezept stehen.

### ACHTUNG!

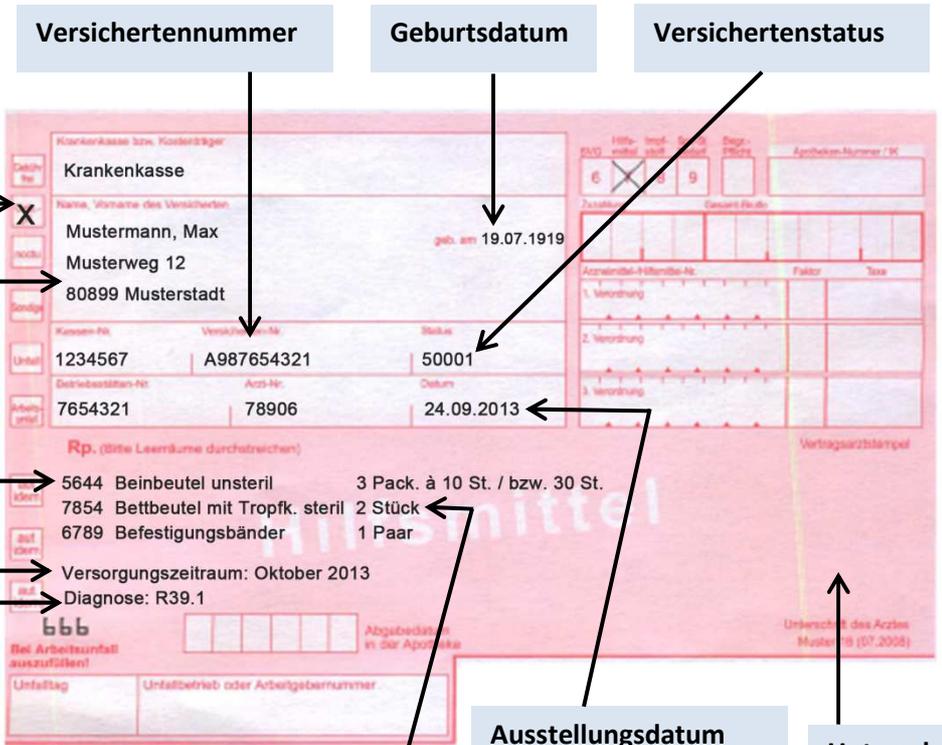
Verbandsmittel und Hilfsmittel dürfen nicht zusammen auf einem Rezept stehen.



### ACHTUNG!

Handschriftliche Änderungen auf dem Rezept müssen vom Arzt abgezeichnet und abgestempelt werden.

# Rezeptbeispiel



**Versichertennummer**      **Geburtsdatum**      **Versichertenstatus**

**Gebührenpflichtig/  
Gebührenfrei** →  X

**Name und Meldeadresse** →  
 Name, Vorname des Versicherten: Mustermann, Max  
 Musterweg 12  
 80899 Musterstadt

**Artikelnummer  
(oder PZN-Nummer  
des Hilfsmittels)** →  
 5644 Beinbeutel unsteril      3 Pack. à 10 St. / bzw. 30 St.  
 7854 Bettbeutel mit Tropfk. steril      2 Stück  
 6789 Befestigungsbänder      1 Paar

**Versorgungszeitraum** →  
 Versorgungszeitraum: Oktober 2013

**Diagnose** →  
 Diagnose: R39.1

**Stückzahl des  
Produkts** → (points to the quantities in the list above)

**Ausstellungsdatum**  
(vor Lieferdatum,  
möglichst Ende des  
Vormonats für den  
entsprechenden  
Folgemonat bzw.  
Versorgungszeitraum)  
→ 24.09.2013

**Unterschrift und  
Stempel des Arztes** → (points to the signature area)

Das Rezept ist auf der Rückseite

im Kasten „Unterschrift des Empfängers“

vom Versicherten oder dessen Stellvertretenden  
zu unterschreiben.