

Geb./tra	Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apothekennummer / K		
				6	X	8	9				
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten			Zuzahlung							
noctu				Gesamt-Brutto							
Sonstige	geb. am										
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.							
				1. Verordnung		Faktor		Taxe			
Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	2. Verordnung							
				3. Verordnung							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel								
aut idem	Eversense rtCGM System (explizit nennen)										
aut idem	mg/dL oder mmol/L, Angabe der Diagnose										
aut idem	Begründung, warum Eversense verordnet wird (Indikation)										
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes						
Unfalltag			Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer		Muster 16 (1.2013)						

## Beispielrezept für das Eversense CGM System

Erforderliche Angaben für eine erfolgreiche Beantragung bei der Krankenkasse