Wiederaufnahme einer Blanko-Verordnung

Personalien der oder des Versicherten Name: _____ Vorname: _____ Geb. am: _____ Versicherten-Nr. _____	Verordnungsdatum: _____ Diagnosegruppe EX ICD-10 Code: _____ Rechnungsnummer der bereits abgerechneten Blanko-Verordnung: _____ _____

Heilmittelverordnung 13: Empfangsbestätigung bei Wiederaufnahme einer Blanko-Verordnung

Datum:	**Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. Hausbesuche)**

Mit der Unterschrift bestätigt der Leistungserbringer, dass es sich um ein Rezidiv handelt, welches eine Wiederaufnahme der o.g. Blankoverordnung innerhalb des Gültigkeitszeitraums von 16 Wochen erforderlich macht.

_____ Datum _____ IK des Leistungserbringers	_____ _____ Unterschrift des Leistungserbringers und Praxisstempel