

Anmeldung von Bewohnern für das Rezeptmanagement

- mit nächster Regelversorgung
- nach Rezepteingang
- sofort

Änderung der bestehenden Versorgung

- mit nächster Regelversorgung
- sofort
- Datum _____

Abmeldung von Bewohnern

- Grund: _____
- sofort
- Datum: _____

Pflegeeinrichtung (Stempel)

Station/Wohnbereich _____

PDL/Ansprechpartner _____

E-Mail-Adresse _____

Bitte Angabe der Menge für die **täglichen** Messungen und Injektionen

Beispiel:

Tagesbedarf Produkte		
Pen-Nadeln	Länge (mm)	Lanzetten + Teststreifen
3 X	6	3 X

Bewohner-Daten					Behandelnder Arzt		Tagesbedarf Produkte		
Name	Vorname	Geb.datum	Krankenkasse		Name	Anschrift (Straße Hausnr. PLZ Ort)	Pen-Nadeln	Länge (mm)	Lanzetten + Teststreifen
			gesetzlich versichert <input type="checkbox"/>	privat/Selbstzahler <input type="checkbox"/>					
			gesetzlich versichert <input type="checkbox"/>	privat/Selbstzahler <input type="checkbox"/>					
			gesetzlich versichert <input type="checkbox"/>	privat/Selbstzahler <input type="checkbox"/>					
			gesetzlich versichert <input type="checkbox"/>	privat/Selbstzahler <input type="checkbox"/>					
			gesetzlich versichert <input type="checkbox"/>	privat/Selbstzahler <input type="checkbox"/>					
Anmerkungen /Notizen									

Hinweis: Das Rezeptmanagement versorgt Ihre Bewohner regelmäßig monats- oder quartalsweise mit den Produkten für den gemeldeten Bedarf. Für die einmalige Lieferung von Artikeln, oder bei kurzfristigen Engpässen, sprechen Sie uns bitte gesondert an und verwenden Sie NICHT dieses Formular! Vielen Dank.

MSP bodmann GmbH
 Ziegeleistraße 22 | 86399 Bobingen
 Tel 08234 70636-92

Bitte beachten bei Privatversicherten und Selbstzahlern:

In der Regel erhalten wir für Privatversicherte und Selbstzahler ebenfalls Rezepte aus der zuständigen Arztpraxis.

Die Ware wird nach Lieferung in Rechnung gestellt und die Rechnung zusammen mit dem bearbeiteten Rezept dem Bewohner zugeschickt.

Kümmert sich ein gesetzlicher Betreuer um die Angelegenheiten Ihres Bewohners, bitten wir Sie, vorab auch Kontakt mit dem Betreuer aufzunehmen und ihn über das Rezeptmanagement zu informieren. Gerne schicken wir die Rechnungen und bearbeiteten Rezepte dann zukünftig direkt an den Betreuer, wenn er mit der Weitergabe seiner Daten zu diesem Zwecke einverstanden ist.



Zusätzlich bitte ausfüllen, wenn ein gesetzlicher Betreuer ernannt ist:

Bewohner-Daten Privatversicherte Selbstzahler		Gesetzliche Betreuer Rechnungsempfänger				
Name	Vorname	Name	Vorname	Straße Hausnr.	PLZ	Ort
Anmerkungen /Notizen						