

Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr
frei

Geb.-
pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-
unfall

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Verbindliches Muster

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut
idem

aut
idem

aut
idem

6667

--	--	--	--	--	--

Abgabedatum
in der Apotheke

**Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!**

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9		

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.

Faktor

Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Vertragsarztstempel

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)