

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Gebühr frei	
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten
noctu	Mustermann, Maria
Sonstige	geb. am
Unfall	Kassen-Nr. Versicherten-Nr.
	12345 1234567
Arbeits-unfall	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum
	12345 13.04.23

Hilfs-mittel	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Spr.-St. Bedarf	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9	9	
Zuzahlung			Gesamt-Brutto		
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.					
1. Verordnung					
14.24.03.1001					
2. Verordnung					
3. Verordnung					
Faktor				Taxe	

MUSTER

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel



RC-Chamber[®] mit Maske für Kleinkinder 1–5 Jahre / PZN 11 711 000 – unbedingt erforderlich, da Notfallplan, Einatemkontrolle und Sicherheitsbeutel enthalten.

aut idem

Diagnose: Atemwegserkrankungen z. B. Asthma bronchiale, COPD, etc.

aut idem

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

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer