

Gebührenfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten		
noctu	Mustermann, Maria		geb. am
Sonstige	15.06.58		
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Arbeitsunfall	12345	1234567	
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
	12345		1.6.17

1

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.			Faktor		Taxe
1. Verordnung					
2. Verordnung					
3. Verordnung					

MUSTER

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

- aut idem 2 Hilfsmittel-Positions-Nr. 21.24.01.0016
- aut idem 3 1 Peak-Flow-Meter Personal Best FR  
PZN 07 031 280
- aut idem 4 Diagnose: Asthma, COPD, Emphysem

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

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer
-----------	---------------------------------------