

Gebühr frei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Geb.-
pfl.

Name, Vorname des Versicherten

Mustermann, Maria

noctu

geb. am

15.06.58

Sonstige

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Unfall

12345

1234567

Arbeits-
unfall

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. 14.24.03.1001

aut
idem

3 1 RC-Chamber® mit Maske für tracheotomierte Patienten
PZN 12 731 648

aut
idem

4 Unbedingt erforderlich: bei 100° auskochbar PZN 12 731 648
Zur Behandlung von tracheotomierten Patienten

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer