

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel		Hilfs- mittel		Impf- stoff		Spr.-St. Bedarf		Spr.-St. Bedarf		Apotheken-Nummer / IK	
<input type="checkbox"/> Gebühr frei		6	7	8	9	9							
<input type="checkbox"/> Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		geb. am										
<input type="checkbox"/> noctu													
<input type="checkbox"/> Sonstige													
<input type="checkbox"/> Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Stad										
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	tutur										
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)												Vertragsarztstempel	
<input type="checkbox"/> aut idem	2												
<input type="checkbox"/> aut idem	3												
<input type="checkbox"/> aut idem	4												
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke					Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)						
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer												

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel		Hilfs- mittel		Impf- stoff		Spr.-St. Bedarf		Spr.-St. Bedarf		Apotheken-Nummer / IK	
<input type="checkbox"/> Gebühr frei		6	7	8	9	9							
<input type="checkbox"/> Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		geb. am										
<input type="checkbox"/> noctu													
<input type="checkbox"/> Sonstige													
<input type="checkbox"/> Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Stad										
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	tutur										
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)												Vertragsarztstempel	
<input type="checkbox"/> aut idem	2												
<input type="checkbox"/> aut idem	3												
<input type="checkbox"/> aut idem	4												
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke					Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)						
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer												