Gebühr frei

Geb.-pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Mustermann, Maria

geb. am

Kassen-Nr. 12345

Versicherten-Nr. 1234567

Status

Betriebsstätten-Nr. 12345

Arzt-Nr.

Datum 13.04.23

Hilfsmittel	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Spr.-St. Bedarf
6	7	8	9	9

Apotheken-Nummer / IK

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe
1. Verordnung 14.24.08.0013		
2. Verordnung		
3. Verordnung		

MUSTER

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

~~aut idem~~

aut idem

aut idem

1 RC-Cornet® PLUS Atemtherapiegerät / PZN 12 419 336

Diagnose: Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, z. B. COPD, Lungenemphysem, CF, etc. – unbedingt erforderlich für Patienten mit eingeschränkter Lungenfunktion

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer