

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Maria		
noctu		geb. am	15.06.58
Sonstige			
Unfall	Kassen-Nr. 12345	Versicherten-Nr. 1234567	Status
Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr. 12345	Arzt-Nr.	Datum 1.01.17

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)

- aut idem 2 Hilfsmittel-Positions-Nr. 21.24.01.1003
- aut idem 3 1 RC-Test COPD
PZN 07 117 716
- aut idem 4 Diagnose: COPD / Emphysem

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

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer
-----------	---------------------------------------