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 13.04.26

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 14.24.03.1001		
2. Verordnung		
3. Verordnung		

MUSTER

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

X aut idem

RC-Chamber® PLUS mit Kindermaske 2–6 Jahre / PZN 20 617 323 –
unbedingt erforderlich, da Notfallplan, Einatemkontrolle und Sicherheitsbeutel enthalten.

aut idem

Diagnose: Atemwegserkrankungen z. B. Asthma bronchiale, COPD, etc.

aut idem

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

* Vernebler werden separat verordnet.