

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Gebühr frei	
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten
noctu	Mustermann, Maria
Sonstige	geb. am
Unfall	Kassen-Nr. Versicherten-Nr.
	12345 1234567
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum
	12345 22.07.24

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			14.24.08.0013		
2. Verordnung					
3. Verordnung					

MUSTER

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel



1 RC-Cornet® PLUS NASAL Atemtherapiegerät / PZN 12 441 330

Diagnose: Asthma Bronchiale, COPD, Chronische Sinusitis,
Postnasal-Drip-Syndrom, Prininismus etc. – unbedingt erforderlich zur
Befreiung der Atemwege von Sekret und Linderung von Husten

aut
idem

aut
idem

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer