

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			1	BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
				6	7	8	9			
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten			Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
noctu	Mustermann, Max									
	geb. am									
	15.06.1958									
Sonstige	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status							
Unfall	12345	1234567								
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum							
	12345		01.04.17							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)										
aut idem	2			Hilfsmittel-Positions-Nr. 14.24.03.1001						
aut idem	3			1 RC-Chamber® mit Mundstück unbedingt erforderlich: bei 100° C auskochbar PZN 11 711 023						
aut idem	4			zur Behandlung von Asthma bronchiale, Chronischer Bronchitis/COPD						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!						Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)		
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer								

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			1	BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
				6	7	8	9			
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten			Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
noctu	Mustermann, Max									
	geb. am									
	15.06.1958									
Sonstige	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status							
Unfall	12345	1234567								
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum							
	12345		01.04.17							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)										
aut idem	2			Hilfsmittel-Positions-Nr. 14.24.03.1001						
aut idem	3			1 RC-Chamber® mit Mundstück unbedingt erforderlich: bei 100° C auskochbar PZN 11 711 023						
aut idem	4			zur Behandlung von Asthma bronchiale, Chronischer Bronchitis/COPD						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!						Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)		
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer								