

Krankenkasse bzw. Kostenträger		1 BVG <input type="checkbox"/> 6 <input checked="" type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 Hilfs- mittel Impf- stoff Spr.-St- Bedarf Begr- Pflicht Apotheken-Nummer / IK	
Gebühr frei Geb.- pfl. noctu Sonstige	Name, Vorname des Versicherten <b>Mustermann, Maria</b>		geb. am <b>15.06.58</b>
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
	12345	1234567	
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
	12345		01.04.17
<b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel
aut idem	2 Hilfsmittel-Positions-Nr. 14.24.08.0013		
aut idem	3 1 RC-Cornet® PLUS Atemtherapiegerät PZN 12 419 336		
aut idem	4 zur Behandlung von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen – unbedingt erforderlich für Patienten mit eingeschränkter Lungenfunktion!		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabedatum in der Apotheke
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebern timer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (7.2008)