

| | | | |
|---------------|---|-----------------------------|-------------------|
| 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. 1234567 | Datum 15.06.17 |

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)

Vertragsarztstempel

- aut idem 2 Hilfsmittel-Positions-Nr. 14.24.08.0004
- aut idem 3 1 RC-Cornet® (Basiscornet)
PZN 08 418 667
- aut idem 4 Diagnose: Zur Behandlung von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen – unbedingt erforderlich für Patienten mit eingeschränkter Lungenfunktion

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

| | |
|-----------|------------------------------------|
| Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer |
|-----------|------------------------------------|