

Gebühr frei
Geb.-pfl.
noctu
Sonstige
Unfall
Arbeits-unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten
Mustermann, Maria geb. am
15.06.58

Kassen-Nr. **12345** Versicherten-Nr. **1234567** Status

Betriebsstätten-Nr. **12345** Arzt-Nr. Datum **01.04.17**

1

BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	X	8	9		

Zuzahlung Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe
1. Verordnung		
2. Verordnung		
3. Verordnung		

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut idem
aut idem
aut idem

- 2 Hilfsmittel-Positions-Nr. 14.24.08.0004
- 3 1 RC-Cornet®
Atemtherapiegerät PZN 08 418 667
- 4 zur Behandlung von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen –
unbedingt erforderlich für Patienten mit eingeschränkter Lungenfunktion!

Vertragsarztstempel

Abgabedatum in der Apotheke

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

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

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