

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 1.6.17

1

Hilfs-mittel 6	Hilfs-mittel 7	Impf-stoff 8	Spr.-St. Bedarf 9	Spr.-St. Bedarf 9	Apotheken-Nummer / IK
Zuzahlung			Gesamt-Brutto		
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			Faktor	Taxe	
1. Verordnung					
2. Verordnung					
3. Verordnung					

MUSTER

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem

aut idem

aut idem

- 2 Hilfsmittel-Positions-Nr. 14.24.03.1001
- 3 1 RC-Chamber® mit Mundstück PZN 11 711 023
- 4 Diagnose: Asthma – unbedingt erforderlich, da Notfallplan, Einatemkontrolle und Sicherheitsbeutel enthalten.

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

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