

Gebühr
frei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Geb.-
pfl.

Name, Vorname des Versicherten

Mustermann, Maria

noctu

geb. am

15.06.58

Sonstige

Kassen-Nr.

12345

Versicherten-Nr.

1234567

Status

Unfall

Betriebsstätten-Nr.

12345

Arzt-Nr.

Datum

1.6.17

Arbeits-
unfall

1

Hilfs-
mittel

6

7

Hilfs-
mittel

8

9

Impf-
stoff

Spr.-St.
Bedarf

Spr.-St.
Bedarf

9

Apotheken-Nummer / IK

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.

Faktor

Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Vertragsarztstempel

aut
idem

2 Hilfsmittel-Positions-Nr. 14.24.08.0013

aut
idem

3 1 RC-Cornet® PLUS TRACHEO
PZN 12 441 324

aut
idem

4 Diagnose: Tracheostomie

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer