

Gebühr frei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Geb.- pfl.

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

noctu

Sonstige

Unfall

Kassen-Nr. 12345 Versicherten-Nr. 1234567 Status

Arbeits- unfall

Betriebsstätten-Nr. 12345 Arzt-Nr. Datum 1.07.17

1

1 Hilfs- mittel	2 Hilfs- mittel	3 Impf- stoff	4 Spr.-St. Bedarf	5 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. 14.24.08.0013

aut idem

3 1 RC-Cornet® PLUS
Atemtherapiegerät PZN 12 419 336

aut idem

4 Diagnose: Chronische Atemwegserkrankungen –
unbedingt erforderlich für Patienten mit eingeschränkter Lungenfunktion

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer