

Gebühr  
?

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
Muster

Geb.-  
pfl.

Name, Vorname des Versicherten  
Max Mustermann geb. am 01.01.1900  
Musterstraße 1  
Musterstadt

noctu

Sonstige

Unfall

Kostenträgerkennung 11111111 | Versicherten-Nr. 11111111 | Status 11111

Arbeits-  
unfall

Betriebsstätten-Nr. 11111111 | Arzt-Nr. 11111111 | Datum 01.01.2000

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)

Vertragsarztstempel

aut  
idem

1 Paar Diabetikerschutzschuhe mit DIA adaptierten Einlagen

aut  
idem

Diagnose: wird vom Arzt gestellt (z.B. Diabetes mellitus)

aut  
idem

6664

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

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer