

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

2 Paar Bettungseinlagen mit langer Weichbettung, Supi. Keil und Rigidusfeder
bds.

aut
idem

Diagnose: wird vom Arzt gestellt, Hallux rigidus

aut
idem

6667

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer