Gebühr ?
Geb.-pfl.
noctu
Sonstige
Unfall
Arbeits-unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Muster

Name, Vorname des Versicherten

Max Mustermann
Musterstraße 1
Musterstadt

geb. am 01.01.1900

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
11111111	11111111	11111

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
11111111	11111111	01.01.1900

BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	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

Schuhsohlenerhöhung links/rechts __ cm für 2 Paar Schuhe

aut idem

Diagnose: wird vom Arzt gestellt, Beinlängendifferenz

aut idem

6666

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Muster 16 (10.2014)

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer