

Gebühr
?

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Muster

Geb.-
pfl.

Name, Vorname des Versicherten

Max Mustermann geb. am
Musterstraße 1 01.01.1900
Musterstadt

noctu

Sonstige

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

11111111 11111111 11111

Unfall

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

11111111 11111111 01.01.1900

Arbeits-
unfall

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 Kompressionsstrumpfhosen AT CCL2 nach Maß

aut
idem

Diagnose: wird vom Arzt gestellt

aut
idem

6667

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer