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	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 flachgestrickt CCL2 nach Maß

aut idem

Diagnose: wird vom Arzt gestellt, Lymphödem bds.

aut idem

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Muster 16 (10.2014)

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer