

**Freigabe 01.09.2014**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr  
frei

Geb.-  
pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-  
unfall

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

**Verbindliches Muster**

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut  
idem

aut  
idem

aut  
idem

6667

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

Abgabedatum  
in der Apotheke

**Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!**

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

BVG

Hilfs-  
mittel

Impf-  
stoff

Spr.-St.  
Bedarf

Begr.-  
Pflicht

Apotheken-Nummer / IK

6

7

8

9

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.

Faktor

Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Vertragsarztstempel

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)