

**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)

## Empfangsbestätigung für Hilfsmittel

Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers
1		
2		
3		

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

## Vermerke der Krankenkasse

**Verbindliches Muster**

**Freigabe 01.09.2014**

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 Euro) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.