

Gebühr
frei

Geb.-
pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-
unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

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

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut
idem

aut
idem

aut
idem

6667

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer