

Gebühr  
frei

Geb.  
pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-  
unfall

aut  
idem

aut  
idem

aut  
idem

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Hilfs- Impf- Spr.St. Begr.-  
BVG mittel stoff Bedarf Pflicht

6

7

8

9

Apotheken-Nummer / IK

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.

Faktor

Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Vertragsarztstempel

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer