

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr  
frei

Geb.-  
pf.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-  
unfall

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								

geb. am

Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut  
idem

aut  
idem

aut  
idem

6664

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

Abgabedatum  
in der Apotheke

Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer