

Gebühr  
frei

Geb.-  
pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-  
unfall

aut  
idem

aut  
idem

aut  
idem

6667  
**Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!**

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

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer
-----------	---------------------------------------

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

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)