

Gebühr
frei

Geb.-
pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-
unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

AOK

Name, Vorname des Versicherten

pat1 pat1
pat1

geb. am

02.01.2024

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

AOK

100000

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

24.09.2024

BVG Hilfs- Impf- Spr.-St. Begr.-
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

sn fs

DO

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

ph7

ph7

ph7

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer