

Gebühr  
frei

Geb.-  
pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-  
unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

AOK

Name, Vorname des Versicherten

secondname firstname  
address

geb. am

24.11.2016

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

AOK

123

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

15.06.2024

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						

Vertragsarztstempel

editedSN2 editedFS2



Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (7.2008)

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

newMedID8  
newMedID8  
newMedID8

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

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

Abgabedatum  
in der Apotheke

Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer