

Gebühr  
frei

Geb.-  
pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-  
unfall

aut  
idem

aut  
idem

aut  
idem

Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!

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

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- 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

ph8 ph8

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

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (7.2008)