

Gebühr
frei

Geb.-
pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-
unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

AOK

Name, Vorname des Versicherten

CheckInsurance CheckInsurance
CheckInsurance

geb. am

01.08.2024

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

AOK

100007

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

08.08.2024

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)

CheckInsurance
CheckInsurance
CheckInsurance

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer