

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