

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		
new2024 new2024 new2024		geb. am
		12.09.2024
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
AOK	1000055	
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						

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

ph6

ph6

ph6

Vertragsarztstempel

editedSN2 editedFS2



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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)