

Gebühr
frei

Geb.-
pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-
unfall

aut
idem

aut
idem

aut
idem

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
-----------	--------------------------------------

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
AOK		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
01.08.2024		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
AOK	1000098	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
		10.08.2024

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

checkRegisterReusability2Phys
checkRegisterReusability2Phys
checkRegisterReusability2Phys

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

Abgabedatum
in der Apotheke

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						

checkRegisterReusability2P

hys

Vertragsarztstempel

checkRegisterReusability2P

hys

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)