

Gebühr  
frei

Geb.-  
pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-  
unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

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)

Vertragsarztstempel

aut  
idem

aut  
idem

aut  
idem

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (7.2008)

**Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer