

**Zutreffendes ankreuzen**

- Gebüh-  
frei
- Geb.-  
pfl.
- noctu
- Sonstige
- Unfall
- Arbeits-  
unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
<p style="text-align: center;">Name, Vorname des Versicherten</p> <h1 style="text-align: center;">REZEPTMUSTER</h1> <p style="text-align: right;">geb. am</p>		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Wenn zutreffend, eintragen**

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)

aut  
idem

Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)  
PZN 18334842

aut  
idem

re.flex powered by Sporlastic  
Gonarthrose

aut  
idem

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

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

**Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebern timer
-----------	---------------------------------------