Zutreffendes ankreuzen

Gebühr frei

Geb.-pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

1

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

SPORLASTIC Rezeptvorschlag

2

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
Verordnung 05.02.01.1006		
1. Verordnung		
2. Verordnung		

Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut idem

3 Schädigung der distalen Achillessehne

4 1 Stück, **SPORLASTIC** ACHILLO-HiT

aut idem

5 rechts

aut idem

6 Wiederherstellung der Funktion, Kompression und Massage der Achillessehne und des Gleitgewebes

T	T	M	M	J	J

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

02442979