

Zutreffendes ankreuzen

Krankenkasse bzw. Kostenträger 1

Gebühr frei

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

SPORLASTIC Rezeptvorschlag

Sonstige 2

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Unfall

Arbeitsunfall

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					
23.08.04.0005					
1. Verordnung					
2. Verordnung					

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut dem

3 Epicondylitis humeri radialis

aut idem

4 1 Stück, SPORLASTICEPI-HIT

aut idem

5 rechts/links tragbar

6

Entlastung des betroffenen Muskels am Sehnenansatz durch gezielten Druckaufbau

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer

02442979