

**Zutreffendes ankreuzen**

Krankenkasse bzw. Kostenträger 1

Gebühr frei

Name, Vorname des Versicherten

Geb.-pfl.

noctu

Sonstige 2

**SPORLASTIC Rezeptvorschlag**

geb. am

Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status

Unfall

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

Arbeits-unfall

**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						
05.08.01.1042						
1. Verordnung						
2. Verordnung						

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut dem

3 Epicondylitis humeri radialis

6

Zugentlastung des entzündlich veränderten Sehnergewebes an den Epicondylen

aut idem

4 1 Stück, SPORLASTICEPIDYN AKTIV

aut idem

5 rechts/links tragbar

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