

Zutreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/>	Krankenkasse bzw. Kostenträger	1
<input type="checkbox"/>	Gebühr frei	
<input type="checkbox"/>	Name, Vorname des Versicherten	
<input type="checkbox"/>	geb. am	
<input type="checkbox"/>	SPORLASTIC Rezeptvorschlag	
<input type="checkbox"/>		2
<input type="checkbox"/>	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
<input type="checkbox"/>		Status
<input type="checkbox"/>	Unfall	
<input type="checkbox"/>	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
<input type="checkbox"/>		Datum
<input type="checkbox"/>	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						
05.08.01.1007						
1. Verordnung						
2. Verordnung						
						Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut dem

3 Bandinsuffizienz

aut idem

4 1 Stück, SPORLASTICEPIDYN

aut idem

5 rechts/links tragbar

6

Entlastung und Stabilisierung des Ellenbogengelenks durch Kompression

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