

Zutreffendes ankreuzen

Krankenkasse bzw. Kostenträger 1

Gebühr frei

Geb.-pfl. Name, Vorname des Versicherten

noctu geb. am

Sonstige **SPORLASTIC Rezeptvorschlag** 2

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

Unfall

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					
05.08.01.1063					
1. Verordnung					
2. Verordnung					

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut dem

3 Epicondylitis humeri radialis

6

Zugentlastung des entzündlich veränderten Sehngewebes an den Epicondylen

aut idem

4 1 Stück, SPORLASTICEPIDYN SUPREME

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