

**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"/>	<b>SPORLASTIC Rezeptvorschlag</b>	
<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	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9		
Zuzahlung			Gesamt-Brutto		
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			Faktor		Taxe
Verordnung					
05.04.01.0134					
1. Verordnung					
2. Verordnung					
					Vertragsarztstempel

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut dem

3 Meniskusschäden

aut idem

4 1 Stück, SPORLASTIC GENU-HIT SUPREME + COMFORT

aut idem

5 rechts/links tragbar

6

Druckentlastung und Stabilisierung der Patella  
Extraweite Version mit zirkulärem  
Silikonnopehaftband

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