

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 | | | | | |
| 23.04.03.3060 | | | | | |
| 1. Verordnung | | | | | |
| | | | | | |
| 2. Verordnung | | | | | |
| | | | | | |

Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut dem

3 Bandrupturen

6 Funktionelle Knieführung und -stabilisierung

aut idem

4 1 Stück, SPORLASTIC GENUDYN CI

aut idem

5 rechts

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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