

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 |
| Unfall | | |
| Arbeits-unfall | Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. Datum |

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 | | | | | |
| 05.04.01.1015 | | | | | |
| 1. Verordnung | | | | | |
| 2. Verordnung | | | | | |
| Vertragsarztstempel | | | | | |

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

- 3 Vordere Knieschmerzen
- 4 1 Stück, SPORLASTIC KASSELER PATELLARSEHNENBANDAGE AKTIV
- 5 rechts/links tragbar

6 Tonisierung des M. quadriceps mit medialisierender Wirkung auf die Patella

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