

**Zutreffendes ankreuzen**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr  
frei

1

Geb.-  
pfl.

Name, Vorname des Versicherten

noctu

geb. am

**SPORLASTIC Rezeptvorschlag**

2

Sonstige

Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status

Unfall

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

Arbeits-  
unfall**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)aut  
dem

3 Vordere Knieschmerzen

aut  
idem

4 1 Stück, SPORLASTIC KASSELER PATELLARSEHNENBANDAGE

aut  
idem

5 rechts/links tragbar

T T M M J J

Abgabedatum  
in der Apotheke**Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!**

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer

**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

05.04.01.1001

1. Verordnung

2. Verordnung

Vertragsarztstempel

6

Tonisierung des M. quadriceps mit  
medialisierender Wirkung auf die PatellaUnterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

02442979