

Zutreffendes ankreuzen

Krankenkasse bzw. Kostenträger 1

Gebühr frei

Geb.-pfl. Name, Vorname des Versicherten

noctu geb. am

**SPORLASTIC Rezeptvorschlag**

Sonstige 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					
23.02.01.0002					
1. Verordnung					
2. Verordnung					

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

3 Supinationstrauma

4 1 Stück, **SPORLASTIC MALLEO-CAST ORGANIC S1**

5 rechts

aut dem

aut idem

aut idem

6 Stabilisierung und Immobilisierung des Sprunggelenks in Pro- und Supinationsbewegung durch anatomisch geformte Schalen

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