

**Zutreffendes ankreuzen**

Krankenkasse bzw. Kostenträger 1

Gebühr frei

Name, Vorname des Versicherten

Geb.-pfl.

noctu

Sonstige 2

geb. am

# SPORLASTIC Rezeptvorschlag

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Unfall

Arbeits-unfall

**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					
23.07.02.4063					
1. Verordnung					
2. Verordnung					

Vertragsarztstempel

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

- 3 Schädigungen der Hand im Handgelenk- und Mittelhandbereich
- 4 1 Stück, SPORLASTIC MANU-CAST ORGANIC
- 5 rechts

- 6 Entlastung, Ruhigstellung, Immobilisierung des Handgelenks

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