

**Zutreffendes ankreuzen**

Krankenkasse bzw. Kostenträger 1

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

## SPORLASTIC Rezeptvorschlag

2

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

Gebühr frei

Geb.-pfl.

noctu

Sonstige

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 23.07.03.1xxx					
1. Verordnung					
2. Verordnung					

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut dem

3 Schlanfe Lähmung

aut idem

4 1 Stück, SPORLASTIC MANU-Hi T AIR T

aut idem

5 rechts

6

Vermeidung von Hand-, Finger- und Daumenbeugekontrakturen bei neurologischen Erkrankungen

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