

**Zutreffendes ankreuzen**

Krankenkasse bzw. Kostenträger 1

Gebüh-  
frei

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Geb-  
pfl.

noctu

**SPORLASTIC Rezeptvorschlag** 2

Sonstige

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 23.07.02.1004					
1. Verordnung					
2. Verordnung					

Vertragsarztstempel

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

- 3** Nachtlagerungsschiene in Verbindung mit Okklusivverband
- 4** 1 Stück, SPORLASTIC MANU-HiT DIGITUS
- 5** rechts/links tragbar

- 6** Stabilisierung von Handgelenk, Mittelhand und Fingergelenken mit subtotaler Ruhigstellung

aut  
idem

aut  
idem

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