

Zutreffendes ankreuzen

Krankenkasse bzw. Kostenträger 1

Gebühr frei

Name, Vorname des Versicherten

Geb.-pfl.

noctu

Sonstige 2

SPORLASTIC Rezeptvorschlag

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Unfall

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

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 | | | | | | |
| 23.07.02.2003 | | | | | | |
| 1. Verordnung | | | | | | |
| 2. Verordnung | | | | | | |

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

- 3** Distorsion, ulnare Seitenbandläsion des Daumengrundgelenks
- 4** 1 Stück, SPORLASTIC MANU-HIT POLLEX CLASSIC
- 5** rechts

- 6** Minderung von Belastungen der Handwurzelknochen, der Gelenkkapsel und der Bänder

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