

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						
23.03.02.6041						
1. Verordnung						
2. Verordnung						
						Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

- 3 Schläffe und (mittelschwere) spastische Fußheberpareesen
- 4 1 Stück, SPORLASTIC NEURODYN CARBON
- 5 rechts

6 Unterstützung der Fußhebung

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