

**Zutreffendes ankreuzen**

Krankenkasse bzw. Kostenträger 1

Gebüh-  
frei

Geb.-  
pfl. Name, Vorname des Versicherten

noctu geb. am

Sonstige **SPORLASTIC Rezeptvorschlag** 2

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 23.09.01.0074					
1. Verordnung					
2. Verordnung					

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut  
dem

3 Verletzungen des Kapsel-Band Apparates der Schulter

6

Entlastung von Schulter, Oberarm und Ellenbogen

aut  
idem

4 1 Stück, SPORLASTIC OMO-HIT SUPPORT

aut  
idem

5 rechts/ links tragbar

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