

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 23.07.01.1005						
1. Verordnung						
2. Verordnung						
						Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

- 3** Verletzungen im Bereich des Daumengrund und -sattelgelenks
- 4** 1 Stück, SPORLASTIC RHIZO-HiT
- 5** rechts/links tragbar

- 6** Stabilisierung von Daumengrund und Daumensattelgelenk

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