

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 23.07.01.1014					
1. Verordnung					
2. Verordnung					

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

- 3** Mittelgradige Rhizarthrose bei deutlicher Subluxation
- 4** 1 Stück, SPORLASTIC RHIZOSPLINT
- 5** rechts

- 6** Ruhigstellung des arthrotisch instabilen Daumensattelgelenks in Funktionsstellung

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