

Zutreffendes ankreuzen

Krankenkasse bzw. Kostenträger 1

Gebühr frei

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

SPORLASTIC Rezeptvorschlag

Status 2

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Unfall

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Arbeitsunfall

Wenn zutreffend, eintragen

BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
6	7	8	9			
Zuzahlung			Gesamt-Brutto			
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			Faktor		Taxe	
Verordnung						
05.04.01.0126						
1. Verordnung						
2. Verordnung						

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut dem

3 Leichte Bandinsuffizienz

aut idem

4 1 Stück, **SPORLASTIC** GENU-HIT SUPREME

aut idem

5 rechts/links tragbar

6

Kompressionsbandage mit Silikonring zur Druckentlastung und Stabilisierung der Patella

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