

Zutreffendes ankreuzen

Krankenkasse bzw. Kostenträger 1

Gebühr 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 23.06.01.0007 | | | | | |
| 1. Verordnung | | | | | |
| 2. Verordnung | | | | | |

Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut dem

3 Sprunggelenkfraktur

6

Individuell einstellbarer Druck in der Luftkammer erzeugt Kompression und wirkt abschwellend

aut idem

4 1 Stück, SPORLASTIC SP AIR WALKER

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