

**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						
23.14.03.2091						
1. Verordnung						
2. Verordnung						

Vertragsarztstempel

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

**3** Lumbalgien

**4** 1 Stück, SPORLASTIC VERTEBRADYN SUPREME SENSO

**5**

aut dem

aut idem

aut idem

**6** Facilitierung entlordosierender, physiologischer Muskelarbeit und Kraftgewinn

T T M M J J

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

**Bei Arbeitsunfall auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrummer
-----------	--------------------------------------

02442979