

# Freigabe 01.09.2014

Gebühr  
frei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Geb.-  
pfl.

Name, Vorname des Versicherten

noctu

geb. am

**Verbindliches Muster**

Sonstige

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Unfall

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Arbeits-  
unfall

BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spez-St- Bedarf	Begr- Pflcht
6	7	8	9	

Apotheken-Nummer / IK

Zahlung				Gesamt-Brutto					
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.						Faktor		Taxe	
1. Verordnung									
2. Verordnung									
3. Verordnung									

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut  
idem

aut  
idem

aut  
idem

6667

--	--	--	--	--	--

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer