

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr frei

KK Unkompliziert

Geb.-pfl.

Name, Vorname des Versicherten

Mustermann, Maximilian

geb. am

noctu

Musterstraße 1

xx.xx.19xx

Sonstige

12345 Musterstadt

Unfall

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

0815000

987654321

001

Arbeits-unfall

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

123456789

007

01.05.2019

BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9		
Zuzahlung				Gesamt-Brutto	
				2. Verordnung	
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.				Factor	
				Taxe	
				3. Verordnung	

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem

1 x (24x70g) biaavid HP renal - Mischkarton

PZN 15 611 548

aut idem

Diätetikum gem. §31 SGB V i.V.m. AM-RL Kap. I

aut idem

666

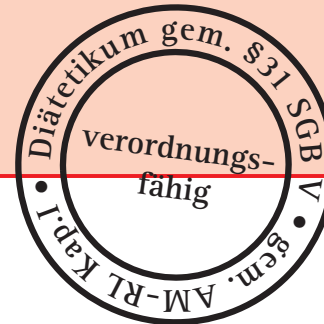
--	--	--	--	--	--

Abgabedatum in der Apotheke

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer



Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)