

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr frei

Name, Vorname des Versicherten

Geb.-pfl.

noctu

Sonstige

Kostenträgerkennung

Versicherer-Nr.

Status

Unfall

Betriebsstellen-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Arbeitsunfall

BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9		

Zuzahlung	Gesamt-Brutto				

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Factor	Taxe
1. Verordnung 23.15.30.4		
2. Verordnung		
3. Verordnung		

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem

Bausatz Adulte Skoliose

(genaue Indikation von Ärztin/Arzt einzutragen)

aut idem

Hilfsmittel-Nr.: 23.15.30.4

aut idem

666H

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

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (1.2013)

**Bei Arbeitsunfall auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer