

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung		
Arzt-Nr.		Datum

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
1. Verordnung 23.15.31.0						
2. Verordnung						
3. Verordnung						

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Bausatz Reklinationsorthese
Hilfsmittel-Nr.: 23.15.31.0

(genaue Indikation von
Ärztin/Arzt einzutragen)

Vertragsarztstempel

aut
idem

aut
idem

aut
idem

666H

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (1.2013)

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer
-----------	---------------------------------------