

| | | |
|--------------------------------|--|-------|
| 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 23.14.04.1004 | | | | | | |
| 2. Verordnung | | | | | | |
| 3. Verordnung | | | | | | |

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

T-FLEX B basic Überbrückungsorthese

Hilfsmittel-Nr.: 23.14.04.1004

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 |
|-----------|---------------------------------------|