

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

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 23.14.02.2001						
2. Verordnung						
3. Verordnung						

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

T-FLEX Flexionsorthese basic
Hilfsmittel-Nr.: 23.14.02.2001

Vertragsarztstempel

aut idem

aut idem

aut idem

666H

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (1.2013)

**Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer