

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung		
Arzt-Nr.		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  
mit Auf-/Abbauoption  
Hilfsmittel-Nr.: 23.14.02.2001

(genaue Indikation von  
Ärztin/Arzt einzutragen)

Vertragsarztstempel

Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!

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

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (1.2013)

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