

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

BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
6	7	8	9			
Zuzahlung			Gesamt-Brutto			
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.				Faktor		Taxe
1. Verordnung 23.15.02.0004						
2. Verordnung						
3. Verordnung						

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

T-FLEX Rekli Reklinationsorthese
mit Auf-/Abbauoption
Hilfsmittel-Nr.: 23.15.02.0004

(genaue Indikation von
Ärztin/Arzt einzutragen)

666H

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (1.2013)

**Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer
-----------	---------------------------------------