

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.				Faktor		Taxe
1. Verordnung 23.15.02.1001						
2. Verordnung						
3. Verordnung						

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

TIGGES-Dorso BWS/LWS-Orthese  
mit Auf-/Abbauoption  
Hilfsmittel-Nr.: 23.15.02.1001

(genaue Indikation von  
Ärztin/Arzt einzutragen)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

666H       Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (1.2013)

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

Rezept-Beispiel