

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.				Factor		Taxe
1. Verordnung 23.15.04.2002						
2. Verordnung						
3. Verordnung						

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

TIGGES-Dorso basic BWS/LWS-Orthese
Hilfsmittel-Nr.: 23.15.04.2002

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

Rezept-Beispiel