

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
<input type="checkbox"/> Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten		
<input type="checkbox"/> noctu	geb. am		
<input type="checkbox"/> Sonstige	Kostenträgerkennung	Versicherungs-Nr.	Status
<input type="checkbox"/> Unfall	Betriebsstellen-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall			

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 23.14.04.0003						
2. Verordnung						
3. Verordnung						

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem

TIGGES-Lumbalstützorthese basic
Hilfsmittel-Nr.: 23.14.04.0003

aut idem

aut idem

666H

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (1.2013)

**Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer