

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 23.02.04.0012						
2. Verordnung						
3. Verordnung						

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

TIGGES MalleoSet
Hilfsmittel-Nr.: 23.02.04.0012

(genaue Indikation von
Ärztin/Arzt einzutragen)

Vertragsarztstempel

aut idem

666H

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

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

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (1.2013)

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebervnummer
-----------	---------------------------------------