X

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Mustermann, Paul

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Gebühr frei | Geb.-pfl. | noctu | Sonstige | Unfall | Arbeits-unfall

BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht
6	X	8	9	

Apotheken-Nummer / IK

Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe
1. Verordnung 15.25.18.0004		
2. Verordnung		
3. Verordnung		

Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut idem

Klingelhose®

Hilfsmittelnummer: 15.25.18.0004

Diagnose: Enuresis nocturna

Dr. med. Muster

aut idem

aut idem

6664

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer