

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr  
frei

Name, Vorname des Versicherten

Geb.-  
pfl.

**REZEPTMUSTER**

geb. am

noctu

Sonstige

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Unfall

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Arbeits-  
unfall

BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9		

Zuzahlung		Gesamt-Brutto	
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe	
1. Verordnung			
2. Verordnung			
3. Verordnung			

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut  
idem

Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)  
PZN 18334842

aut  
idem

re.flex powered by Sporlastic  
Gonarthrose

aut  
idem

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

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer
-----------	------------------------------------

