

Gebühr
frei

Geb.
- pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-
unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstellen-Nr.	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.			Faktor		Taxe	
1. Verordnung 23.14.04.1004						
2. Verordnung						
3. Verordnung						

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut
idem

aut
idem

aut
idem

T-FLEX B basic Überbrückungsorthese
Hilfsmittel-Nr.: 23.14.04.1004

(genaue Indikation von
Ärztin/Arzt einzutragen)

666H

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (1.2013)

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer
-----------	---------------------------------------