

| | | |
|--------------------------------|--|----------|
| 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 23.15.02.2001 | | | | | | |
| 2. Verordnung | | | | | | |
| 3. Verordnung | | | | | | |

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

T-FLEX TL Thorako-Lumbalorthese
mit Abbauoption
Hilfsmittel-Nr.: 23.15.02.2001

(genaue Indikation von
Ärztin/Arzt einzutragen)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

666H

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

 Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (1.2013)

| | |
|-----------|---------------------------------------|
| Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer |
|-----------|---------------------------------------|

Rezept-Beispiel