


Krankenkasse bzw. Kostenträger				BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
Gebühr frei	KK-Die Beste_ wir Zahlen gerne			6	7	8	9				
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten			Zuzahlung		<b>Versorgungsvorschlag</b>					
	Frau										
noctu	Monika Musterfrau					<b>Orthopädie - Schuhtechnik</b>					
	Mustergasse 77										
Sonstige	462388 Musterhausen					Arzn ir. 46238 Bottrop / Horster Str. 219 1. Wt Tel.: 02041 / 7 06 49 70 2. Wt Fax: 02041 / 7 06 49 73 3. Wt					
	geb. am 01.01.1955										
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status								
	111111111	G123456789	1								
Arbeits- unfall	Vortragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum								
	22222222	333333333	01.05.2017								

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel	
Positionnummer	Wirkung	Indikation	
08.03.06.1	Verkürzungsausgleich bis 1cm Maximal	Verkürzungsausgleich bis 1cm.	

666r

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (4.2004)

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer