

Freigabe 01.09.2014

Geb.-pfl.

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Bundesamt für Soziale Sicherung

Geb.-pfl.

Name, Vorname des Versicherten
Beispielpraxis am Beispielplatz

geb. am
XX.XX.XX

noctu

Spätsorge

Kostenträgerkennung
103609999

Versicherten-Nr.
Status

Unfall

Betriebsstätten-Nr.
123456789

Arzt-Nr.
987654321

Datum
24.08.22

Arbeitsunfall

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		

Verbindliches Muster

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut idem

5 x PAXLOVID 150/100MG BUND FTA 30 St
PZN18268938 »Dj«

aut idem

aut idem

666H

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer

Vertragsarztstempel

123456789
Dr. med. Anton Beispiel
Beispielpraxis am Beispielplatz
Am Beispielplatz 1
12345 Musterstadt

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)