

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Geb.-Pf.	Name, Vorname des Versicherten Mustermann	
noctu	geb. am	01.02.99
Sonstige	Musterstraße 1	
Unfall	D 00000 Musterstadt	Status
Arbeits-unfall	Kostenträgerkennung	
	Betriebsstätten-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					
2. Verordnung					
3. Verordnung					

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem spezifische / unspezifische Rückenschmerzen
 Empfehlung: rehabilitatives Muskelaufbautraining §43 SGB V
 24 Einheiten 1x Woche

**Stempel und
 Unterschrift
 des Arztes**

aut idem -----/-----/-----/-----/-----/-----/-----
aut idem

Abgabedatum in der Apotheke

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

Unterschrift des Arztes
 Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

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

868257100Y