

2	Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	6	7	7	7	8	Apotheken-Nummer / IK	
2	Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten	6	7	8	9		9	
3	noctu	geb. am	Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
4	Sonstige		9						9
5	Unfall	Kostenträgerkennung	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe		
5	Arbeitsunfall	Versicherten-Nr.	1. Verordnung		9		9		
		Status	2. Verordnung		9		9		
		Betriebsstätten-Nr.	3. Verordnung		9		9		
		Arzt-Nr.							
		Datum							

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

10 aut idem

11

13

10 aut idem

12

10 aut idem

6667

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

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

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

1