

2	Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
2	Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten		
3	noctu	geb. am		
4	Sonstige	Kostenträgerkennung		
5	Unfall	Versicherten-Nr.	Status	
5	Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

6	7	7	7	8	
BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St.-Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9		9

Zuzahlung	Gesamt-Brutto			
9				9
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe		
1. Verordnung	9		9	
2. Verordnung	9		9	
3. Verordnung	9		9	

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

10	aut idem	11	
10	aut idem	12	
10	aut idem		

6667

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

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

1