

X

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Geb.-  
plf.

Name, Vorname des Versicherten  
**Paul Mustermann** geb. am

noctu

Sonstige

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Unfall

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Arbeits-  
unfall

Hilfsmittel 6 X 8 9  
Spr.-St. Begehrpflicht  
Apotheken-Nummer / K.

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

auf  
Idem

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)  
**STERO Enurex**  
**Funk Klingelhose®**  
Hilfsmittelnummer 15.25.18.0025  
**wg. Enuresis nocturna**

**Dr.med.Muster**

auf  
Idem

Abgabedatum in der Apotheke

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (04.2004)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer
-----------	---------------------------------------