

X

Krankenkasse bzw. Kostenträger

EVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. / Rezept	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / K.
6	X	8	9		

Geb.-pf.

Name, Vorname des Versicherten

Paul Mustermann geb. am

Zuzahlung				Gesamt-Brutto			

noctu

Sonstige

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Factor	Typ
1. Verordnung		

Unfall

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

2. Verordnung		
---------------	--	--

Arbeits-unfall

3. Verordnung		
---------------	--	--

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

auf idem

STERO Enurex Klingelhose®

Dr.med.Muster

auf idem

Hilfsmittelnummer 15.25.18.0004

auf idem

wg. Enuresis nocturna

--	--	--	--	--

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (04.2004)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer