

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Gebühr frei		6	X	8	9		
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum			
Arbeitsunfall		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
		1. Verordnung					
		2. Verordnung					
		3. Verordnung					

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) Vertragsarztstempel

2 Blindenlangstöcke (Erstversorgung)
Schulung in Orientierung und Mobilität
Dg.:

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (4.2004)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Gebühr frei		6	X	8	9		
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum			
Arbeitsunfall		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
		1. Verordnung					
		2. Verordnung					
		3. Verordnung					

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) Vertragsarztstempel

Schulung in Orientierung und Mobilität (Folgeversorgung)
Grund:
Dg.:

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (4.2004)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Gebühr frei		6	X	8	9		
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum			
Arbeitsunfall		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
		1. Verordnung					
		2. Verordnung					
		3. Verordnung					

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) Vertragsarztstempel

1 Blindenlangstock
Dg.:

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (4.2004)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer