

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr
frei

Krankenkasse

Geb.-
pfl.

Name, Vorname des Versicherten

Hans Mustermann

noctu

Musterstrasse 123
12345 Musterhausen

geb. am
01.01.2001

Sonstige

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Unfall

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Arbeits-
unfall

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

Zuzahlung Gesamt-Brutto

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

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe

1. Verordnung
31.03.03.1001

2. Verordnung

3. Verordnung

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut
idem

Künzli Ortho Rehab Total

aut
idem

Diagnose: Achillessehnenanriss

aut
idem

6667

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

**Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!**

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