

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr  
frei

Krankenkasse

Geb.-  
pfl.

Name, Vorname des Versicherten

Hans Mustermann  
Musterstrasse 123  
12345 Musterhausen

noctu

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  
31.03.03.0003

2. Verordnung

3. Verordnung

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut  
idem

Künzli Ortho Standard

aut  
idem

Diagnose: spastische Lähmung

aut  
idem

6667

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

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

**Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
-----------	--------------------------------------