

Gebühr frei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Geb.- pfl.

Name, Vorname des Versicherten

Mustermann, Maria

noctu

geb. am

15.06.58

Sonstige

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Unfall

12345

1234567

Arbeits- unfall

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

12345

1.6.17

1

Hiels- mittel	Hiels- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Spr.-St. Bedarf	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9	9	

Zuzahlung				Gesamt-Brutto			

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe
1. Verordnung		
2. Verordnung		
3. Verordnung		

MUSTER

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem

2 Flüssigsauerstoffsystem stationär und mobil

aut idem

3 Diagnose:

aut idem

4 Blutgaswerte:

-- Seite 1 von 2 --

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

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Maria		
noctu	geb. am 15.06.58		
Sonstige			
Unfall	Kassen-Nr. 12345	Versicherten-Nr. 1234567	Status
Arbeits-unfall	Betriebsstätten-Nr. 12345	Arzt-Nr.	Datum 1.6.17

Hilfs-mittel	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Spr.-St. Bedarf	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9	9	
Zuzahlung			Gesamt-Brutto		
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			Faktor		Taxe
1. Verordnung					
2. Verordnung					
3. Verordnung					

MUSTER

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

5 Flussrate: **xx** ltr/min in Ruhe, **xx** ltr/min im Schlaf,
xx ltr/min bei Belastung

Mobilität mind. **xx** h/Tag

Bedarf von O₂ mind. **xx** h/Tag

-- Seite 2 von 2 --

Abgabedatum in der Apotheke

Vertragsarztstempel

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer
-----------	---------------------------------------