

Gebühr frei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Geb.-pfl.

Name, Vorname des Versicherten  
**Mustermann, Maria** geb. am  
**15.06.58**

noctu

Sonstige

Unfall

Kassen-Nr. **12345**    Versicherten-Nr. **1234567**    Status

Arbeits-unfall

Betriebsstätten-Nr. **12345**    Arzt-Nr.    Datum **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 Tragbarer Sauerstoffkonzentrator mit Zubehör

aut idem

3 Diagnose:

aut idem

-- Seite 1 von 2 --

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

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr frei

Name, Vorname des Versicherten

Geb.- pfl.

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

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)

Vertragsarztstempel

4

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

**xx** ltr/min bei Belastung

Mobilität mind. **xx** h/Tag

Bedarf von O<sub>2</sub> mind. **xx** h/Tag

Demandfähigkeit vorhanden

-- Seite 2 von 2 --

aut idem

aut idem

aut idem

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

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer