

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 1.07.17

1

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

MUSTER

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

**2** Stationärer Sauerstoffkonzentrator

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

Bedarf von O2 mind. **xx** h/Tag

**4** Diagnose:

Abgabedatum in der Apotheke

Vertragsarztstempel

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

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