

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr
frei

GKV Musterkasse

Geb.-
pfl.

Name, Vorname des Versicherten

noctu

Frau
Inga Insomnia
Schlafstraße 1
12345 Traumstadt

geb. am
01.01.1970

Sonstige

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Unfall

1234567

M123456789

1000 1

Arbeits-
unfall

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

12345678

12345678

26.11.2020

Hilfs- 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		
2. Verordnung		
3. Verordnung		

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut
idem

Digitale Gesundheitsanwendung

aut
idem

PZN 16898724

aut
idem

somnio

666d

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Vertragsarztstempel

Dr.med. Anna Musterarzt
Fachärztin für Pneumologie
Ausschlafweg 1
54321 Schlafburg

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer