



<input type="checkbox"/> Gebühr frei <input type="checkbox"/> Geb.-pfl. <input type="checkbox"/> noctu <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
	Name, Vorname des Versicherten			6	7	8	9				
	geb. am			Zuzahlung		Gesamt-Brutto					
	Kostenträgerkennung			Versicherten-Nr.		Status		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			
	Betriebsstätten-Nr.			Arzt-Nr.		Datum		1. Verordnung			
							2. Verordnung				
							3. Verordnung				
							Faktor				
							Taxe				
							Vertragsarztstempel				
<p>Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</p> <p>Kabelloses FES – Fußhebersystem zum unmittelbaren Behinderungsausgleich bei Fußheberschwäche</p> <p>Dg.: ...</p> <p>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</p>											
<input type="checkbox"/> aut idem <input type="checkbox"/> aut idem <input type="checkbox"/> aut idem			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes				
Unfalltag			Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer								
			Muster 16 (10.2014)								