

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

REZEPTBEISPIEL

Push ortho Handorthese DPT

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

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

Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

1x Push ortho Handorthese DPT

Diagnose: Morbus Dupuytren, rechte/linke Hand mit x betroffenen Fingern

Modulare Handorthese mit dynamischer Streckkraft für Mobilisierung der Finger zur Nachbehandlung oder Verzögerung einer Operation bei Morbus Dupuytren

bbbH

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebern timer

Beispiel