

Bitte nichts ankreuzen

Freigabe 01.09.2014

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnungs- mittel	Präparat- stoff	Spitzen- bedarf	Rezept- Pfl.	Apotheken-Nummer / K.	
<input type="checkbox"/> Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		6	7	8	9		
<input type="checkbox"/> noctu	Verbindliches Muster		Zusatz		Gesamtbetrag			
<input type="checkbox"/> Sonstige			geb. am		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe
<input type="checkbox"/> Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	1. Verordnung				
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	2. Verordnung				
				3. Verordnung				

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut idem Anzahl x Dynamed Auffüllset Standard B PZN: 8814469
 aut idem ICD-Schlüssel
 aut idem Auffülldatum
EBM

6664 Abgabedatum in der Apotheke

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

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

Vertragsarztstempel
Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Es können in der Regel bis zu 5 Sets pro Patient verordnet werden.