

Bitte nichts ankreuzen

Freigabe 01.09.2014

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verz. mittel	Empf. stoff	Sp. Bedarf	Best.-Pfl.	Apotheken-Nummer / K.	
<input type="checkbox"/> Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten		6	7	8	9		
<input type="checkbox"/> noctu	Verbindliches Muster		Zusatz		Gesamtbrutto			
<input type="checkbox"/> Sonstige			Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
<input type="checkbox"/> Unfall			Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		1. Verordnung	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		2. Verordnung	
							3. Verordnung	

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) Vertragsarztstempel

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

6664 Abgabedatum in der Apotheke Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

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

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