

Gebühr frei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Geb.-pfl.

Name, Vorname des Versicherten

noctu

geb. am

Sonstige

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Unfall

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Arbeitsunfall

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)

aut idem

Atropinsulfat-Augentropfen 0,01% (NRF 15.34)

aut idem

- 1 x 5 ml (1 Monat Therapie)
- 2 x 5 ml (2 Monate Therapie)
- 3 x 5 ml (3 Monate Therapie)

Herstellende Apotheke: z.B. Apotheke Dr. Beck
www.atropinsulfat-augentropfen.de

aut idem

Dosierung: vor dem Schlafengehen jeweils einen Tropfen in beide Augen

666H

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

**Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer