Bezugsdatum | Apotheken-Nummer

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr. | Faktor | Taxe

Unfall

Versicherungsnummer | Personennummer

Karte gültig bis | Datum

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 *

PKVH

Dosierung: vor dem Schlafengehen jeweils einen Tropfen in beide Augen

* Aut-idem ist ausgeschlossen, wenn der Arzt den Ausschluss durch Ankreuzen des Aut-idem-Feldes kenntlich gemacht hat.

Unterschrift des Arztes

Gebühr frei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

BVG | Hilfs-mittel | Impf-stoff | Spr.-St. Bedarf | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK

6 | 7 | 8 | 9

Geb.-pfl.

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Zuzahlung | Gesamt-Brutto

noctu

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | Faktor | Taxe

Sonstige

1. Verordnung

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Unfall

2. Verordnung

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Arbeits-unfall

3. Verordnung

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

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

6664

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer