

Name, Vorname des Versicherten		Bezugsdatum	Apotheken-Nummer
geb. am		Gesamt-Brutto	
Versicherungsnummer		Personennummer	
Unfall	Karte gültig bis	Datum	
		Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.	Faktor
		Taxe	

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

**Atropinsulfat-Augentropfen 0,01% (NRF 15.34)**

Atropinsulfat (Monohydrat)	0,0005 g
Natriumchlorid	0,0425 g
Edetathalt. Benzalk.chl.-Stammlsg. 0,1%	0,2500 g
Wasser für Injektionszwecke ad	5,0000 g

1 x 5 ml  
 2 x 5 ml  
 3 x 5 ml  
 6 x 5 ml  
 12 x 5 ml

Dosierung: vor dem Schlafengehen jeweils einen Tropfen in beide Augen

Herstellende Apotheke: Apotheke Dr. Beck  
[www.atropinsulfat-augentropfen.de](http://www.atropinsulfat-augentropfen.de)

**PKVH**

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hiifs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Gebühr frei			6	7	8	9		
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Zuzahlung			Gesamt-Brutto
noctu					Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			Faktor
Sonstige					Taxe			
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		1. Verordnung			
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		2. Verordnung			
				3. Verordnung				

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

**Atropinsulfat-Augentropfen 0,01% (NRF 15.34)**

Atropinsulfat (Monohydrat)	0,0005 g
Natriumchlorid	0,0425 g
Edetathalt. Benzalk.chl.-Stammlsg. 0,1%	0,2500 g
Wasser für Injektionszwecke ad	5,0000 g

1 x 5 ml  
 2 x 5 ml  
 3 x 5 ml

Dosierung: vor dem Schlafengehen jeweils einen Tropfen in beide Augen

Herstellende Apotheke: Apotheke Dr. Beck [www.atropinsulfat-augentropfen.de](http://www.atropinsulfat-augentropfen.de)

**666H** Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (7.2008)

**Bei Arbeitsunfall auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer
-----------	------------------------------------