

Krankenkasse bzw. Kostenträger

BVG

Hilfs-  
mittelImpf-  
stoffSpr.-St.  
BedarfBegr.-  
Pflicht

Apotheken-Nummer / IK

6

7

8

9

Gebühr  
frei

KK-Die Beste\_ wir Zahlen gerne

Zuzahlung

**Versorgungsvorschlag**Geb.-  
pfl.

Name, Vorname des Versicherten

Frau

**Orthopädie - Schuhtechnik**

noctu

Monika Musterfrau

geb. am

01.01.1955

Arzn

ir. 46238 Bottrop / Horster Str. 219

Sonstige

Mustergasse 77

1. W.

Tel.: 02041 / 7 06 49 70

462388 Musterhausen

2. W.

Fax: 02041 / 7 06 49 73

Grebe

Unfall

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

1111111111

G123456789

1

Arbeits-  
unfall

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

222222222

333333333

01.05.2017

3. W.

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

Positionsnummer

Wirkung

Indikation

31.03.04.3011

Umbau / Verlängerung des

Lymphödem / Schwellung am

aut  
idemaut  
idem**Klettverschluss Je Stück**

Fußrücken und Knöchelbereich

aut  
idem

666r

Abgabedatum  
in der ApothekeUnterschrift des Arztes  
Muster 16 (4.2004)Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer