

Gebühr  
 Geb.-  
 pf.  
 noctu  
 Sonstige  
 Unfall  
 Arbeits-  
 unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

**Verbindliches Muster**

Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

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

6      7      8      9

Zuzahlung      Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe
1. Verordnung		
2. Verordnung		
3. Verordnung		

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut  
 idem

aut  
 idem

aut  
 idem

666H

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

Abgabedatum  
 in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
 Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall  
 auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
-----------	--------------------------------------

Empfangsbestätigung für Hilfsmittel

Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers
1		
2		
3		

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

Vermerke der Krankenkasse

**Verbindliches Muster**

Freigabe 01.09.2014

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 Euro) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.