

<input checked="" type="checkbox"/> Gebüh- res	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
<input type="checkbox"/> Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		
<input type="checkbox"/> noctu	geb. am		
<input type="checkbox"/> Sonstige	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
<input type="checkbox"/> Unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall			

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					

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

27/1111100
 Psychologische Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Markus Mustermann
Dr. rer. nat. Erik Mustermann
 Dorfheidestraße 1
51069 Köln

aut
idem

aut
idem

aut
idem

666d

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer
-----------	---------------------------------------

2711111004