

# Musterrezept

Für eine reibungslose Abrechnung mit der Krankenkasse, bitten wir Sie, folgendes auf dem Rezept zu vermerken:

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6		7	8	9	<input type="checkbox"/>	
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am				
noctu						
Sonstige						
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			
						Zuzahlung
						Gesamt-Brutto
						Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.
						Faktor
						Taxe
						1. Verordnung
						2. Verordnung
						3. Verordnung
<b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)						Vertragsarztstempel
aut idem	• Motorische Bewegungsschiene für X (Schulter/Knie/Hüfte/Ellenbogen)					
aut idem	• Verordnungsdauer: X (leihweise für X Wochen)					
aut idem	• OP Datum: X					
aut idem	• Diagnose: X					
666H <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>						Abgabedatum in der Apotheke
<b>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</b>						Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer					