

Gebühr frei

Geb.-pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeitsunfall

aut idem

aut idem

aut idem

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Max Mustermann

geb. am

01.01.2001

Kassen-Nr.

12345

Versicherten-Nr.

12345

Status

Betriebsstätten-Nr.

12345

Arzt-Nr.

12345

Datum

01.01.21

BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	X	8	9		

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

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

F64.0 Transsexualismus,
Zwei Genital-Epithesen:

1x Miktion

1x Geschlechtsverkehr

Vertragsarztstempel

Secure Adhesive BT-460-1 ProBond Remover G 608

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

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

Abgabedatum
in der Apotheke

**Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer
-----------	---------------------------------------