

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebühr frei		
Name, Vorname des Versicherten		
Geb- gfl.		
noctu	geb. am	
Sonst.		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Unfall		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Arbeits- unfall		

BVG

6

Spr.St.  
Bedarf

9

Begr-  
Pflicht

Apotheken-Nummer / IK

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

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

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut  
idemaut  
idemaut  
idem

SSS H

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

Abgabedatum  
in der Apotheke

123456789

Unterschrift des Arztes  
BtM-Rp. (12.2011)Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer

Bitte kräftig und deutlich schreiben.