

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

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

<input type="checkbox"/> aut idem	300 ml Rifampicin-Sirup 20 mg/ml pH 5 ohne Konservierung (DAC/NRF-Vorschrift): Eremfat Filmtabletten 600 mg 10 Stück
<input type="checkbox"/> aut idem	Wasserfreie Citronensäure 0,12 g Gereinigtes Wasser 15,0 g Zuckersirup DAB 363,54 g
<input type="checkbox"/> aut idem	

**Kinderpoliklinik
Der Universität Würzburg**
Josef-Schneider-Str. 2
☎ 09 31 / 20 12 78 55 - Fax 09 31 / 20 12 77 98
97080 Würzburg
67 / 74 550 00

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!	666H	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (1.2013)

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

6774550004