

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr frei

Geb.-pfl. Name, Vorname des Versicherten

noctu **MUSTER** geb. am

Sonstige

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Unfall

Arbeitsunfall Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Hilfs- BVG 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)

300 ml Isotonische Rifampicin-Suspension 20 mg/ml pH 5
für Säuglinge (nicht konserviert) (DAC/NRF-Vorschrift):
Eremfat Filmtabletten 600 mg 10 Stück
Wasserfreie Citronensäure 0,12 g
Gereinigtes Wasser 45,0 g
Zuckersirup DAB 256,74 g

Vertragsarztstempel

**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

aut idem **bbbri**

Abgabedatum in der Apotheke

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer
-----------	------------------------------------

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (1.2013)

6774550004