

Gebühr-  
frei

Noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-  
unfall\*)

aut idem

<input checked="" type="checkbox"/> AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
---	-----	-----	-----	------	-----	-------------	------

**AOK** 85812

Name, Vorname des Versicherten  
**Mustermann, Paula** geb. am **06.07.1929**  
**Hauptstr. 16**  
**12345 Musterhausen**

Kassen-Nr. 8814113  
 Versicherten-Nr. **0607567802 1 000 1**  
 Status

Vertragsarzt-Nr. **489594711**  
 VK gültig bis **01/99**  
 Datum

BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer
6	7	8	9		

Zuzahlung Gesamt-Brutto

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

Arzneimittel-/ Hilfsmittel-/ Heilmittel-Nr. Faktor Taxe

--	--	--	--

--	--	--	--

Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Wegen Harninkontinenz-Zur Ermöglichung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

TENA Flex Plus  
 Größe M  
 80 Stück  
 15 25 -- ----

**Dr. Muster**  
 Unterschrift des Arztes  
 Muster 16 (4. 1993)

\*) s. Rückseite