

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Frau geb. am
 Maximiliane Musterfrau 29.06.1992
 Musterstraße 1
 12345 Musterstadt

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
123456789	A123456789	1000 1

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
123456789	123456789	17.11.2020

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

Digitale Gesundheitsanwendung
 PZN 16876740
 Kalmeda

Indikation: H93.1 Tinnitus aurium

ARZTSTEMPEL + Signatur

 Abgabedatum
 in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Geb.
pf.Geb.
pf.

Sonstige

Unfall

Arbeits-
unfallauf
idemauf
idemauf
idem
 Bei Arbeitsunfall
 auszufüllen!

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

BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / K																																
6	7	8	9																																		
Zuzahlung			Gesamt-Brutto																																		
<table border="1"> <tr> <td colspan="4">Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</td> <td colspan="2">Faktor</td> <td colspan="2">Taxe</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1. Verordnung</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">2. Verordnung</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">3. Verordnung</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.				Faktor		Taxe		1. Verordnung								2. Verordnung								3. Verordnung							
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.				Faktor		Taxe																															
1. Verordnung																																					
2. Verordnung																																					
3. Verordnung																																					