

Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Bezugsdatum		Apotheken-Nummer / IK			
Versicherungsnummer		Personennummer		Gesamt-Brutto					
Arzt-Nr.		Datum		Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
Unfall									

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut  
idem

aut  
idem

aut  
idem

**Verordnung der Online-Tinnitus-Therapie Kalmeda  
wegen chronischem Tinnitus für 3 Monate**

**PKVd**

Arztstempel/Unterschrift des Arztes