

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebühr	KK Unkompliziert	
	Name, Vorname des Versicherten	
noctu	Mustermann, Maximilian	geb. am
	Musterstraße 1	xx.xx.19xx
Sonstige	12345 Musterstadt	
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
	0815000	987654321
		Status
		001
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
	123456789	007
		Datum
		01.11.2021

BVG	mittel	Impfstoff	Bedarf	Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
6	7	8	9	1. Verordnung		
Zuzahlung				Gesamt-Brutto		
				2. Verordnung		
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.				Faktor	Taxe	
				3. Verordnung		

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut idem **1 x (24x70g) biavid HP renal - Mischkarton**
PZN 15 611 548
aut idem **1-2 x täglich**
Diätetikum gem. §31 SGB V i.V.m. AM-RL Kap. I
aut idem **Versorgungszeitraum**

bbb

--	--	--	--	--

Abgabedatum
in der Apotheke

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer



Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)