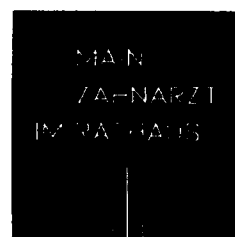


Dr. Tim Seeger  
Zahnarzt  
Friedensstraße 20  
63165 Mühlheim am Main



BFS health finance GmbH | Hülshof 24 | 44369 Dortmund

BFS-Nr: 5-15632-50968473

Frau  
Maria Mustermann  
Musterallee 1  
54321 Musterdorf

Telefon: 0231 945362 - 600  
Fax: 0231 945362 - 688  
E-Mail: servicecenter@meinebfs.de  
Internet: www.meine-zahnarztrechnung.de

## Rechnung

Rechnungsnummer: 6848  
Abschlagsnummer:

Rechnungsdatum: 12.04.2023  
Steuernummer: 044 869 04855

Behandelte Person: Maria Mustermann  
Geburtsdatum:

Beleg-Nr.: 007000000004173

Beleg-Nr.: 007000000001056

Datum	Region	Nr.	Leistungsbeschreibung/Auslagen	Bgr.	Faktor	Anz.	EUR
03.03.23	35, 45 UK	19 5170a	Eingliederungsdatum: 17.03.2023 Provisorische Krone oder provisorisches Brückenglied Abformungen mit individuellem Löffel für andere als die in der Leistungsbeschreibung genannten Indikationen gemäß § 6 Abs. 1 GOZ entsprechend GOZ-Nr. 5170 Anatomische Abformung des Kiefers mit individuellem Löffel bei ungünstigen Zahnbogen- und Kieferformen und/oder tief ansetzenden Bändern oder spezielle Abformung zur Remontage, je Kiefer			2 2,300 1	32,34
17.03.23	35, 45	2210	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation) Überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand wegen erhöhtem Präparationsaufwand aufgrund zahnschmerzschonender Präparation.		3,500	2	660,62
	35, 45	2197	Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer, etc.) Überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand wegen aufwendiger Überschussentfernung und erschwerter Trockenlegung aufgrund starker Papillenblutungen.		3,500	2	51,18
ZA-Honorar BEMA (38 Punkte x 1,0043):							38,16
ZA-Honorar GOZ:							711,80
ZA-Honorar GOZ Begleit-Lst.:							32,34
Mat+Lab-Kosten Gewerbl.:							637,88
Mat+Lab-Kosten Praxis:							197,54
Gesamtkosten:							1.617,72
abzgl. Festzuschuss:							-509,50
Rechnungsbetrag:							1.108,22

Kontoinhaber: BFS health finance GmbH - Commerzbank AG Hagen - BIC: COBADEFFXXX - IBAN: DE25 4504 0042 0355 7600 01

# Main Apotheke

## Ihre Diabetes-Fachapotheke

Apotheker Naser Nuha

Tel 06108-73914 • Fax 990754

Hanauer Str. 15 • 63165 Mühltheim/Main

info@mainapo.de

www.main-apo-muehlheim.de

## Kassenbon Botendienst

Herrn

Max Mustermann

Musterstraße 1

12345 Musterstadt

C3-K3 10:56:25 13.01.2022  
ArtikelPreis Ihr Preis

### Privatrezept (1)

#### IBUPROFEN STADA 600

FTA 50St 1x 14,86 N 14,86 V  
03470870

### Handverkauf

#### KERRASOL WUNDSPRAY

SPR 75ml 1x 11,60 N 11,60 V  
11341106

#### LEUKOSILK 5MX2.5CM

PFL 1St 1x 5,30 5,30 V  
00626225

#### JODID 200

TAB 100St 1x 6,75 6,75 V  
03799133

Endsumme 38,51

Zu zahlen EUR 38,51

Bar EUR 38,51

Rückgeld EUR 0,00

In der Endsumme sind enthalten

MwSt.-Satz	MwSt.	Netto	Brutto
V 19,00%	6,15	32,36	38,51EUR
R 7,00%	0,00	0,00	0,00EUR

Steuernummer : 4484663249

Umsatzsteuer-ID : DE343428095

Als PAYBACK Kunde hatten Sie  
24 Punkte erhalten  
Ihre Zuzahlung für das laufende Jahr beträgt  
0,00 Euro!

Es beriet Sie Frau Arenas

Wir danken für Ihren Besuch

**Auf Wiedersehen**

Kassen-ID  
Bonnummer:  
-TSE-  
Transaktion

06083-006  
26717  
29045

2022-01-13 10:53:18 - 000z

# Duplikat



mediserv Bank GmbH, 66094 Saarbrücken

mediserv Bank GmbH  
66094 Saarbrücken  
Internet: [www.arztrechnung.de](http://www.arztrechnung.de)

Frau  
Maria Mustermann  
Musterallee 1  
54321 Musterdorf

Telefon: 06 81 / 4 00 07 89  
Telefax: 06 81 / 40 00 76  
E-Mail: [service@arztrechnung.de](mailto:service@arztrechnung.de)

Seiten: 2



## Rechnung aus ärztlicher Behandlung bei

Zahlbar bis: 02.03.2022

ÜBAG Urologicum Offenbach  
Belegärzte Klinik Maingau Frankfurt a.M.  
Dres. med. R. Bieber, O. Eckart, B. Rehm,  
R. Lindemann, A. Lucas  
63065 Offenbach am Main

Rechnungsdatum: 31.01.2022  
Rechnung Nr.: X731902429  
Rechnungsbetrag: 545,25 €



für Patient/in: \_\_\_\_\_  
Maria Mustermann

Behandlungszeitraum von 06.01.2022 bis 10.01.2022

### Diagnosen:

dekompensierte obstruktive Harnblasenentleerungsstörung bei benigner Prostatavergrößerung (BPE), G.; Blasensteine, G.; Restharn, Retentionsblase; Harnverhaltung, G.; Dauerkatheterismus, G.; dekompensierte obstruktive Harnblasenentleerungsstörung bei benigner Prostatavergrößerung (BPE), G.; Blasensteine, G.; Restharn, Retentionsblase; Harnverhaltung, G.; Dauerkatheterismus, G.

Datum	Geb.Nr. GOÄ	Text	Faktor GOÄ	Anz.	allg.	K. bes.	K./ Auslagen	EUR
06.01.2022	A383	Erfüllung aufwändiger Hygienemaßnahmen i Hygienemaßnahme im Rahmen der Covid 19 Pandemie	1,00	1				4,02
	1	Beratung auch telefonisch	2,30	1				10,72
	7	Untersuchung, Organsystem	2,30	1				21,45
	11	Digitaluntersuchung Mastdarm und/oder	2,30	1				8,04
	318	Punktion, Harnblase/Wasserbruch	2,30	1				16,09
	410	Sonographie, Organ erschwerte diff.diag.Beurteilbarkeit/erhöhter Zeitaufwand Organ: Blase/RH	3,00	1				34,97
	420	Folgesonographie, Organ max. 3 Organe, Begründung siehe vor Organ: Prostata	3,00	1				13,99
	420	Folgesonographie, Organ max. 3 Organe, Begründung siehe vor Organ: Niere links	3,00	1				13,99
	420	Folgesonographie, Organ max. 3 Organe, Begründung siehe vor Organ: Niere rechts	3,00	1				13,99
	491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke,	2,30	1				16,22
	1833	Nierenfistel, Katheterwechsel	2,30	1				31,77
	5191	Bauchübersicht in 2 oder mehr Silikon Suprapub. Katheter	1,80	1			25,31	52,46
		Verbandmaterial und Salbe		1			3,83	
		Verband		1			1,28	
Übertrag							30,42	237,71

Datum	Geb.Nr. GOÄ	Text	Faktor	Anz.	allg. K.	bes. K./ Auslagen	EUR
Übertrag						30,42	237,71
		Instillagel		1		2,50	
	3511	Reagenzträger Urin	1,15	1			3,35
	3532	Urinsediment, Phasenkontrastmikroskopie	1,15	1			6,03
	3652	Urinstreifentest	1,15	1			2,35
	3654	Addis-Count Ery/Leuko	1,15	2			10,72
	3716	Osmolarität	1,15	1			3,35
	4606	Keimzahl,	1,15	1			16,76
	4607	Hemmstoffnachweis, je Material	1,15	1			4,02
	4715	Pilzkultur, einfach, je Nährmedium	1,15	1			6,70
	3911H3	TPA, Ligandenassay BTA 22	1,15	1			30,16
10.01.2022	A383	Erfüllung aufwändiger Hygienemaßnahmen i Hygienemaßnahme im Rahmen der Covid 19 Pandemie	1,00	1			4,02
	5	Untersuchung, symptombezogen	2,30	1			10,72
	34	Erörtern einer Lebensveränderung max.	2,30	1			40,22
	70	OP Anmeldung	2,30	1			5,36
	250	Blutentnahme, Vene	1,80	1			4,20
	410	Sonographie, Organ Organ: Blase/RH	2,30	1			26,81
	420	Folgesonographie, Organ max. 3 Organe, Organ: Niere rechts	2,30	1			10,72
	420	Folgesonographie, Organ max. 3 Organe, Organ: Prostata	2,30	1			10,72
	420	Folgesonographie, Organ max. 3 Organe, Organ: Niere links	2,30	1			10,72
	3557	Kalium	1,15	2			4,02
	4044	Ähnliche Untersuchung Freies PSA	1,15	1			23,46
	3584H1	Harnstoff	1,15	2			5,36
	3583H1	Harnsäure	1,15	2			5,36
	3585H1	Kreatinin	1,15	2			5,36
	3573H1	Gesamt-Protein, Serum/Plasma	1,15	2			4,02
	3908H3	PSA, Ligandenassay	1,15	1			20,11
Zwischensumme					0,00	32,92	512,33
Summe besonderer Kosten / Auslagen						32,92	32,92
<b>Rechnungsbetrag</b>						<b>EUR</b>	<b>545,25</b>

Arztrechnungen sind unabhängig von einem möglichen Erstattungsanspruch z.B. gegenüber der Krankenversicherung oder einer Beihilfestelle nach Erhalt zu zahlen. Wir bitten um Begleichung dieser Rechnung innerhalb des o.a. Zahlungsziels. Ärztliche Leistungen sind nach § 4 Nr. 14 Umsatzsteuergesetz von der Umsatzsteuer befreit.



Frankfurter  
Rotkreuz-  
Kliniken

## Endrechnung

Seite 1

Frankfurter Rotkreuz-Kliniken • Scheffelstr. 2-14 • 60318 Frankfurt am Main

Herrn  
Max Mustermann  
Musterstraße 1  
12345 Musterstadt

R-Nummer/ R-Datum  
**10494202 / 22.02.2022**  
Bei Zahlung und Schrittverkehr angeben

Zentrale Abrechnung (Sachbearbeitung)  
Tel: 069 4033-240 / -473 / -478  
Fax: 069 4033-406  
E-Mail: leistungsabrechnung@rotkreuzkliniken.de

Sehr geehrter Herr Stang,

für Ihre in unserem Hause erfolgte Behandlung in der Zeit 02.02.2022 bis 07.02.2022  
berechnen wir wie folgt:

### Persönliche Daten:

Rechnungsnummer: 10494202  
Aufnahmenummer: (1) **12201844**

Rechnungsdatum: 22.02.2022

Patient: Max Mustermann

### Daten des Krankenhausaufenthaltes:

Aufnahmedatum: (2) 02.02.2022  
Entlassdatum: (2) 07.02.2022  
Verweildauer: (4) 6 Tage

IK-Nummer Krankenhaus: (3) 260610199

### erbrachte Leistungen:

Hauptdiagnose: (5) N40  
ggfs. durchgeführte Prozeduren: (6) 5-570.0 5-601.0 8-132.3  
Nebendiagnosen: (7) N40 R39.1 R33  
Z29.21 R31 Z45.6

Datum	Tarif Bezeichnung	Multiplikator	Menge	Einheit/EUR	Gesamt/EUR
02.02.22	3 (39)		5	49,26	246,30
- 06.02.22	Zuschlag 1-Bettzimmer mit Bad				
			49,26 EUR pro Tag		

Zwischensumme

246,30



Frankfurter  
Rotkreuz-  
Kliniken

Rechnungs-Nr.  
**10494202**

Seite 2

Datum	Tarif Bezeichnung	Multiplikator	Menge	Einheit/EUR	Gesamt/EUR
				Übertrag	246,30

Rechnungsbetrag: EUR

246,30

Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang dieser Rechnung fällig. Bitte überweisen Sie den Betrag von **246,30EUR** bis zum **24.03.2022** unter Angabe der Rechnungsnummer an eine der unten angegebenen Konten des Krankenhauses.

Das Krankenhaus ist bei Zahlungsverzug berechtigt, sämtliche zur zweckmäßigen Rechnungsverfolgung notwendigen Kosten sowie Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr gemäß § 288 Abs. 1 BGB (42) zu erheben. Zahlungsverzug tritt gemäß § 286 Abs. 3 BGB spätestens ein, wenn nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung der Rechnungsbetrag auf einem der Konten des Krankenhauses gutgeschrieben worden ist.

Darüber hinaus können Mahngebühren berechnet werden (43), es sei denn, Sie weisen nach, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist.

Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten. Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

Hausanschrift / Träger:  
Frankfurter Rotkreuzkliniken e.V.  
Königswarterstrasse 16  
60316 Frankfurt am Main  
IK: 260610199

Tel.: 069/4071-0  
Fax: 069/4071-481  
www.rotkreuzkliniken.de  
info@rotkreuzkliniken.de

Registergericht:  
VR 10186 Amtsgericht  
Frankfurt am Main  
Steuer Nr. 45 25072 777  
St.-IdNr. DE 812108614

Bankverbindung:  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE08 5502 0500 0001155500  
( BIC: BFSW DE33 MNZ )





SCHNEIDER & PIECHA GMBH · Sanitätshaus · Spremlinger Landstraße 9-11 · 63069 Offenbach/Main

Frau  
Maria Mustermann  
Musterallee 1  
54321 Musterdorf

Spremlinger Landstraße 9-11  
63069 Offenbach am Main  
Telefon: 0 69 84 10 23  
Homecare: 0 69 83 00 46 81  
Telefax: 0 69 83 10 24

www.schneider-piecha.de  
info@schneider-piecha.de

## Rechnung

für : Maria Mustermann

Leistung : ableitende Inko

Seite : 1 / 1  
Bearbeiter : Schweikart, Alexandra  
Mandats-Ref :  
Datum : 6.1.2022

Bitte bei Zahlung angeben:

Rg-Nr. : 197168

Bezeichnung	Anzahl / Basis	Positionsnr. HMV-Nr.	MW WG	Einzelpreis	Rabatt	Ges-Preis
Bettbeutel 2L/120cm steril UB 2000-120	6,00	49851 15.25.07.0050	2 515	12,49 €		74,94 €
UROMED KATH VENT M ADA1501 Katheterventil	2,00	51343 15.25.16.0017	2 515	26,84 €		53,68 €
KerraSol Wundspray 75 ml	1,00	59884 PZN11341106	2 559	6,45 €		6,45 €
<b>** Summe</b>						<b>135,07 €</b>
bei MW = 2 incl. 19,0 % MWSt. in	135,07 €	(netto:	113,50 € ) =	21,57 €		
<b>Endsumme</b>						<b>135,07 €</b>

Mit freundlichen Grüßen

Birgit Aulbach  
Schneider & Piecha GmbH

Zahlungsbedingungen:

Zahlen Sie bis zum 20.1.2022 = 135,07 € entspricht: ohne Abzug

**KTO: 1175238**



# Hinweis auf Abtretung an opta data:

Die geltendgemachten Forderungen sind von dem unten aufgeführten Kunden vertraglich an die opta data abgetreten, so dass Ihre Zahlungen an uns mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen. Im Falle einer Pfändung, Fehlen oder Entzug der Zulassung bitten wir um Benachrichtigung.

## Rechnung

opta data

opta data Finance GmbH \* Berthold-Beitz-Boulevard 461 \* 45141 Essen  
Tel.: 0201/890611-953 \* Fax: 0201/3196-284 \* E-Mail: [patientenservice.transportdienst@optadata-gruppe.de](mailto:patientenservice.transportdienst@optadata-gruppe.de)  
Unsere Servicezeiten: Mo. - Do. von 07:00 bis 17:00 Uhr und Fr. von 07:00 bis 16:00 Uhr.

Essen B 1995 \* Geschäftsführer: Andreas Fischer, Mark Steinbach  
USt-Id-Nr. opta data: DE119652507

opta data Finance GmbH \* 45097 Essen

Herrn  
Max Mustermann  
Musterstraße 1  
12345 Musterstadt

Rechnungsnummer : 62085-129053  
Rechnungsdatum : 17.01.2022  
Eingangsnummer : 84417771  
Seite : 1 von 2

Die Rechnung erfolgt im Auftrag von:  
DRK RD Offenbach gGmbH Rettungsd. Offenbach-Land  
Spessarttring 24 63071 Offenbach

Die erbrachte/n Leistung/en berechnen wir weisungsgemäß wie folgt:

Einsatzleistungen	Anzahl	Einzelpreis EUR	Betrag EUR	MwSt
Transport-Nr. : 00001971 Einsatzdatum: 08.01.2022 20:20-22:11 KEZ-KZ OF-RK 282 von : Wohnung des Patienten / nach : KH Sana Klinikum Offenbach / Starkenburgring 66 63069 Offenbach				
310105 Notfallrettung	1,00	475,00	475,00	0%
307000 Leitstellengebühr	1,00	62,23	62,23	0%
(704)		Gesamtbetrag:	537,23	

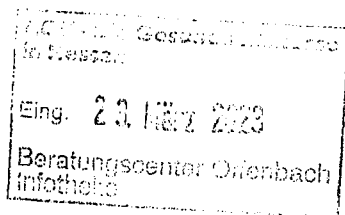
die hier abgerechneten Leistungen sind gemäß UStG §4 Nr. 17b von der Umsatzsteuer befreit.

Bitte Überweisen Sie den Gesamtbetrag auf das Konto der UniCredit Bank - HypoVereinsbank IBAN: DE35 3602 0186 0340 5681 76 unter Angabe des Verwendungszwecks 62085-129053 - gerne mittels des beigefügten Überweisungsträgers.

Der Rechnungsbetrag ist mit Zugang der Rechnung fällig. Wir weisen gemäß §286 III BGB darauf hin, dass Sie auch ohne weitere Mahnung automatisch in Verzug geraten, wenn Sie den Rechnungsbetrag nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang zahlen.

Die Angaben zur Erfüllung unserer Transparenzpflichten nach Art. 14 DSGVO finden Sie hier:  
<https://www.optadata.de/datenschutz>

Mit freundlichen Grüßen  
opta data Finance GmbH



Dr.med. Alexander Klarner  
Facharzt für Orthopädie und  
Unfallchirurgie  
Sportmedizin  
BG-Unfallheilbehandlung  
Bahnhofstraße 10  
63165 Mühlheim am Main  
Tel.06108/74999  
Fax.06108/81565  
www.dr-klarner.de  
e-mail:info@dr-klarner.de  
Steuernr.:035 835 35431

Dr. med. Alexander Klarner Bahnhofstraße 10, 63165 Mühlheim a. M.

Frau  
Maria Mustermann  
Musterallee 1  
54321 Musterdorf

Patientin:  
Maria Mustermann

Datum : 21.03.23

Re.-Nr.: 50760  
Bitte Rechnungs-Nr.auf  
Überweisungsträger immer  
angeben!

Für ärztliche Leistungen vom 07.03.23 bis 21.03.23  
erlaube ich mir **EUR 153,00** zu berechnen.

Diagnosen:  
Plantarfasziitis (M72.2RG)

Datum	GO-Nr.	Leistungsbezeichnung	Gebühr	Faktor	Betrag
07.03.23	302A	Radiale Stoßwellentherapie besondere Schwierigkeit der technischen Leistung mit erheblichem zusätzlichen Zeitaufwand	14,57	3,500	51,00
14.03.23	302A	Radiale Stoßwellentherapie besondere Schwierigkeit der technischen Leistung mit erheblichem zusätzlichen Zeitaufwand	14,57	3,500	51,00
21.03.23	302A	Radiale Stoßwellentherapie besondere Schwierigkeit der technischen Leistung mit erheblichem zusätzlichen Zeitaufwand	14,57	3,500	51,00

Rechnungsendbetrag EUR 153,00

Bitte überweisen Sie den Rechnungsbetrag bis zum 21.04.23  
-rein netto ohne Abzug- auf das Konto bei  
der SPARKASSE LANGEN-SELIGENSTADT  
IBAN:DE43 5065 2124 0008 1285 30 BIC:HELADEF1SL  
Bitte Rechnungsnummer und Patientennamen angeben

Dr. med. Alexander Klarner  
Facharzt für Orthopädie und  
Unfallchirurgie, Sportmedizin,  
Notfallmedizin, D-Arzt, Arbeitsunfälle

Praxiskommunikation  
Bahnhofstraße 10  
63165 Mühlheim am Main

Tel 06108 74999  
Fax 06108 81565  
Mail info@dr-klarner.de  
Web www.dr-klarner.de



# Dr. Löffler & Co. KG

Abrechnung im Gesundheitswesen

Dr. Löffler & Co. KG | Schildergasse 120 | 50667 Köln

57850

Herrn  
Max Mustermann  
Musterstraße 1  
12345 Musterstadt

Dr. Löffler & Co. KG  
Abrechnung im Gesundheitswesen

Schildergasse 120  
50667 Köln  
Telefon 0221 \_257 64 29  
Telefax 0221 \_25 53 45

Commerzbank Köln  
IBAN: DE63 3704 0044 0192 1212 00  
BIC: COBADEFFXXX

Bitte immer angeben

Nr. **3810638**

**RECHNUNG**

Datum 14.01.2021/AM

**Leistungsempfänger:**

Herrn  
Max Mustermann  
Musterstraße 1  
12345 Musterstadt

**BelegNr Leistung**

**Betrag EUR**

5971938 Siehe beigefuegte Verordnung  
Leistungszeitraum: 19.11.2020

15,13

Anzahl Belege: 1

Summe EUR 15,13  
=====

**Leistungserbringer:**

imPulse.Health Care UG  
(haftungsbeschränkt) & Co.KG  
Postfach 1172  
63747 Alzenau

Gemeinschaftspraxis  
**Dr. Roza Ranjbar Motlagh**  
FÄ für Innere Medizin

**Dirk Jahr**  
praktischer Arzt  
Hausärztliche Versorgung

Mainaschaff, den

Rp.

08.02.21

Herrn Max Mustermann

15,16

01830790

Zopiclon AL 7.5 Aliud Pharma 20ST FTA N2 0-0-1-0  
#####

*Stern-Apotheke*  
Apothekerin Martina Dellinger  
63814 Mainaschaff  
Tel. 06021 73400

15,16

+8807945+

Dr. Roza Ranjbar Motlagh  
FÄ für Innere Medizin  
Dirk Jahr  
praktischer Arzt

Stern Apotheke; Mainaschaff

100221/473721/C1-PC/1-SC

Im Weichental 17 · 63814 Mainaschaff  
Tel.: 06021 75388 · BSNR 678020400



Leipziger Str. 46 60487 Frankfurt/M  
Tel: 069775586 Fax: 069/7075823

03.11.22 17:29:30 4635 03/04

KR1 L THYROXIN 75 HENNING  
02532741 TAB 100ST  
1X 15.40 Zuz.(\* ) 5.00  
Eigenant. 0.56

Gesamt EUR 5.56

Gegeben Bar 20.00  
Zurück 14.44

	Netto	MwSt	Brutto
19.0%	0.47	0.09	0.56
Zuz.(* )			5.00

(\*) Zuzahlungen ohne MwSt-Ausweisung

=====  
eAS-Serien-Nr.: 1077138027-DBK3  
TSE-Start: 03.11.2022 17:29:19  
TSE-Ende: 03.11.2022 17:29:55  
TSE-Trans.-Nr.: 113955  
TSE-Sig.-Zähler: 270828  
TSE-Prüfwert: VqEV4t7ckBR3IrbLEetXhMKz  
ppQaCqZ0wnWj93Znc+j3CZFUUccYwFePEu2/DX  
oxQLLcWiFy0n4BxiCF4FFLuCsPR/CFNUHqX56  
/Ix6SkAPG7GZo1CF2qQYbu06fsFw  
=====

Es betreute Sie Fr. Liu

Montag bis Freitag 8:15-19:00 Uhr  
Samstag 8:30-15:00 Uhr  
Vielen Dank  
Auf Wiedersehen  
Alle Produkte sind vom Untausch  
ausgeschlossen.

Pharmacie Raphael  
Apotheke auf der Freßgasse  
Gr.Bockenheimer Str.29 60313 Frankfurt

16.11.22 10:43:38 7253 03/05

KF1 INFECTOMOX 750 TROCKENSAFT  
07574394 PSE 40ML  
1X 14.35 Zuzahl. 0.00  
KF1 NASIVIN NAS SPR O K KLEINK  
13246056 NAS 10ML  
1X 6.47 Zuzahl. 0.00  
BAR NASIVIN NAS O K ERW/SCHULK  
13246062 NAS 10ML  
1X 6.47 6.47

Gesamt EUR 6.47

Scheckkarte 6.47

	Netto	MwSt	Brutto
19.0%	5.44	1.03	6.47

=====  
eAS-Serien-Nr.: 1068131828-DBK3  
TSE-Start: 16.11.2022 10:40:11  
TSE-Ende: 16.11.2022 10:43:44  
TSE-Trans.-Nr.: 127416  
TSE-Sig.-Zähler: 299900  
TSE-Prüfvert: ShwsYbkC0+KkK01QeGkuYxHtRckDby39Rqg  
Nx0+ze24hS9Uc0+cuNR6HbGvSD6DKwKfH  
Mxd6hkTHn/a+nrTGZRL4hN4aKzRhdp+8zn0ufk  
=====

Es bediente Sie Fr. B. Kipper

Fon:069 920 20 7818

Fax:069 920 20 7825

Vielen Dank für Ihren Einkauf!

Besuchen Sie uns auch unter

[www.pharmacie-raphael.de](http://www.pharmacie-raphael.de)

\*\*\*\*\*

Arzneimittel sind vom Umtausch  
ausgeschlossen!!!

\*\*\*\*\*

Ust.ID: DE113187113

Dr. med. Kay Hoppe  
- FA für Frauenheilkunde  
und Pränataldiagnostik -  
Große Friedberger Str. 44 - 46  
60313 Frankfurt am Main

BFS health finance GmbH | Hülshof 24 | 44369 Dortmund

Frau  
Maria Mustermann  
Musterallee 1  
54321 Musterdorf

## LIQUIDATION

Rechnungsbetrag : 67,00 EUR  
Datum : 01.02.2022

Rechnungs-Nr. : 23545  
Seite : 1

Für die in unserer Praxis durchgeführte Behandlung stellen wir Ihnen nach der  
Gebührenordnung für Ärzte folgende Leistungen in Rechnung:  
Ausschluss Gyn. Erkrankung

Datum	Leistung	Bezeichnung	Anzahl	Faktor	Betrag
13.01.22	7	Untersuchung, Organsystem Haut/Brust/Bauch/Bewegungsorgane	1	2,300	9,33
	1	Beratung auch telefonisch	1	2,300	8,39
	420	Folgesonographie, Organ max. 3 Organe, je Organ	3	2,300	21,87
	410	Adnex rechts, Adnex links, Harnblase Sonographie, Organ	1	2,300	18,65
	403	Uterus Sonographie, Transkavitärzuschiag	1	1,800	8,76

**Gesamtbetrag : EUR 67,00**

Mickefett Apotheke  
Andreas Bornhardt e.K.  
Zuckerweg 1  
31241 Ilsede-Gross Bülten  
Tel.: 05172/13055  
Fax: 05172/5085  
mickefett-apo@bornhardt.de  
www.mickefett-apotheke-ilsede.de  
USt-IdNr.: DE248407010

Kassenbon Nr. 1302679000

- [redacted] -----  
ECHINACEA QUARZ COMP ATR ATR 5X0.5m1  
01448151 1 \* 6,85 EUR 6,85

-----  
Summe EUR 6,85  
=====

Typ	Netto	MwSt	Brutto
19 %	5,76	1,09	6,85
gegeben bar			EUR 10,00
zurück			EUR 3,15

01.08.2022 10:01 KAS001  
Sie wurden beraten von Frau Kühn

Vielen Dank für Ihren Einkauf  
Auf Wiedersehen

[redacted]  
Ihr Apothekenteam  
-----

Transaktion 205048  
Start 2022-08-01T08:00:50.000Z  
Ende 2022-08-01T08:01:43.000Z  
Signaturzähler 553463  
Signatur: MepzDRTpe8TMY9mtRXhcYwQ1mYcTJzWugJHd774hd1x6  
vBzm1b+UvL4XQsUgzuIAibXnm/5M52+4Ezy6y8Wq76DYUCy2C303m  
uVE5x+60hG4nndPjsr99m2QIy6W+mUf  
Seriennr: TSE: 017D5400E75C08753FFC67908657C73A1202FF4A  
9B4FAFFC1551372654116B80  
Seriennr: Kasse: IXOS-KAS001-BEBD0DCA-9826-43F1

-----  
Testen Sie jetzt unsere neue App  
--- Meine Apotheke App ---



<https://app.ptcloud.de/?apo=x5158761>



f i e l m a n n  
Nürnberg Straße 23  
63450 Hanau  
Tel. 06181/ 246 17

NDL:0266 Kasse:02 Bediener:14  
Bon:84785 Datum:10.08.2022 Zeit:11:27:48

KUNDENBON

Auftragsbeleg 2945226 4 A 16,00  
Brille A

Auftragsbeleg 2945226 3 A 16,00  
Brille A

GESAMT EUR 32,00

Girocard 32,00

- Kundenbeleg -

Kartenzahlung  
girocard

Betrag: EUR 32,00

10.08.22 11:27  
Terminal-Nr: 69067896  
Trace-Nr: 001433  
Beleg: 1235  
Karten-Nr: #####1764  
Folge-Nr: 0004  
Weitere Daten: 27801C40/  
0000000000/440302/3900/B  
DE0747293143A61/40/00C5/  
0002/0400000000/F850ACF8  
00/FC50ACR000

Zahlung erfolgt

Enthaltene Mehrwertsteuer in EUR  
A: 00% MwSt. von 32,00 5,11  
Summe Netto ohne MwSt. 26,89



77

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.  
AUF WIEDERSEHEN


**Quittung Nr. Q22-2425**

für Max Mustermann ,  
über den Eigenanteil an einer Heilmittelbehandlung  
aufgrund der Verordnung vom 22.09.2022  
von Tim Seeger


**Betrag: 24,46 €**

**Betrag am 17.11.2022 dankend erhalten.**

Steuerfreie Leistungen nach §4 Nr.14 UStG



Ort: Hahn-Straße 5b  
63450 Hahn  
Tel.: 06 81 6683633  
Fax: 06 81 6683634



BASTIAN HEHNER  
PHYSIOAKTIV

Frau  
Maria Mustermann  
Musterallee 1  
54321 Musterdorf

### Sammelbeleg Einkäufe insgesamt

Einkäufe insgesamt vom 01.01.2022 bis 31.12.2022

VArt	Datum	PZN	Artikelbezeichnung	DAR	Einheit	Mg	VK	Zuz.	Mehrk.	Gesamt
Rezept	20.12.2022	07362893	PANTOPRAZOL TAD 20MG	TMR	60 St	1	16,09 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €
Rezept	23.11.2022	13705133	ROSUVASTATIN AXIROMED 2...	FTA	98 St	1	22,74 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €
Rezept	23.11.2022	09392208	CANDESARTANZENTIVA 4MG	TAB	98 St	1	17,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Rezept	23.11.2022	05391732	BISOPROLOL 1A PHARMA 2.5...	FTA	100 St	1	13,07 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €
Normal	01.11.2022	06569161	SILOMAT DMP INT GEGEN REIZ HKP		12 St	1	10,45 €	0,00 €	0,00 €	10,45 €
Normal	29.10.2022	09892879	ASPECTON HUSTENTROPFEN	TEI	30 ml	1	9,95 €	0,00 €	0,00 €	9,95 €
Normal	28.10.2022	11663531	SILOMAT GG REIZH EIBI/HON	SIR	100 ml	1	10,20 €	0,00 €	0,00 €	10,20 €
Rezept	28.09.2022	10516644	PANTOPRAZOL 20MG MIC LAB	TMR	56 St	1	14,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Rezept	28.09.2022	09392208	CANDESARTANZENTIVA 4MG	TAB	98 St	1	17,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Rezept	28.09.2022	05391732	BISOPROLOL 1A PHARMA 2.5...	FTA	100 St	1	13,07 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €
Rezept	17.08.2022	13785600	ROSUVASTA RATIOPHARM 20...	FTA	100 St	1	22,71 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €
Rezept	17.08.2022	09392208	CANDESARTANZENTIVA 4MG	TAB	98 St	1	17,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Rezept	17.08.2022	05391732	BISOPROLOL 1A PHARMA 2.5...	FTA	100 St	1	13,07 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €
Rezept	02.08.2022	02517173	GENT OPHTAL	ATR	5 ml	1	13,40 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €
Rezept	05.07.2022	09273113	CANDESARTAN 1A PHARMA 4...	TAB	98 St	1	16,05 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Rezept	05.07.2022	05391732	BISOPROLOL 1A PHARMA 2.5...	FTA	100 St	1	13,07 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €
Rezept	05.07.2022	10549313	PANTOPRAZOL ARISTO 20MG	TMR	50 St	1	14,32 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Rezept	12.05.2022	13705133	ROSUVASTATIN AXIROMED 2...	FTA	98 St	1	22,74 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €
Rezept	12.05.2022	09392208	CANDESARTANZENTIVA 4MG	TAB	98 St	1	17,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Rezept	12.05.2022	05391732	BISOPROLOL 1A PHARMA 2.5...	FTA	100 St	1	13,07 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €
Rezept	12.05.2022	10549313	PANTOPRAZOL ARISTO 20MG	TMR	50 St	1	14,32 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Normal	22.03.2022	10796968	FENIHYDROCORT CREME 0.5% CRE		15 g	1	8,75 €	0,00 €	0,00 €	8,75 €
Rezept	22.03.2022	09392208	CANDESARTANZENTIVA 4MG	TAB	98 St	1	17,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Rezept	22.03.2022	05391732	BISOPROLOL 1A PHARMA 2.5...	FTA	100 St	1	13,07 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €
Rezept	12.03.2022	01798000	NOVAMINSULFON LICHTEN50...	FTA	50 St	1	14,45 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €

VArt	Datum	PZN	Artikelbezeichnung	DAR	Einheit	Mg	VK	Zuz.	Mehrk.	Gesamt
Rezept	24.02.2022	12672124	FOSFOMYCIN AL 3 G	GRA	1 St	1	16,79 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €
Rezept	16.02.2022	13705133	ROSUVASTATIN AXIROMED 2...	FTA	98 St	1	22,74 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €
Rezept	16.02.2022	09392208	CANDESARTANZENTIVA 4MG	TAB	98 St	1	17,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Rezept	16.02.2022	05391732	BISOPROLOL 1A PHARMA 2.5...	FTA	100 St	1	13,07 €	5,00 €	0,00 €	5,00 €

**Gesamt****114,35 €**

GKV-Rezept	75,00 €	Privatrezept	0,00 €
Zuzahlungen	75,00 €	Grünes Rezept	0,00 €
Mehrkosten	0,00 €	Normalverkauf	39,35 €

Für Kassenrezepte gilt: Leistungsempfänger ist die Krankenkasse. Diese Aufstellung berechtigt nicht zum Vorsteuerabzug.

Dieses Schreiben wurde elektronisch erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.



## Ärzte für Nuklearmedizin Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

PD Dr. med. Michael Zimny  
Dr. med. Lutz-Hendrik Holle  
PD Dr. Dr. med. Thomas Rink  
Dr. med. Peter Acker  
Sabine Braun  
Peer A. Ott  
Dr. med. Alexander Barac  
Prof. Dr. med. Rigobert Klett  
Dr. med. Sabrina Schwenzer

Nuklearmedizin - Nußallee 7 - Haus F - 63450 HANAU

Frau  
Maria Mustermann  
Musterallee 1  
54321 Musterdorf

Nußallee 7 – Haus -F – **63450 Hanau**  
Tel 06181-922 11-0 Fax 06181-922 11-10

Hermstraße 51 – **63065 Offenbach**  
Tel 069 -98 55 85 -95 Fax 069 - 98 55 85-96

Paul-Zipp-Straße 171 – **35398 Gießen**  
Tel 0641-80899-450 Fax 0641-80899-499

Goetheplatz 1 - **60313 Frankfurt**  
Tel 069 - 2199-7755 Fax 069 - 2199-7909

Für ärztliche Behandlungen von  
Frau Maria Mustermann

Rechnungsdatum 03.06.2022  
Rechnungsnummer **166352**

berechnen wir nach der gültigen GOÄ:

**€ 55,00**

Wir bitten Sie, den Betrag in den nächsten vier Wochen unter Angabe von Rechnungsdatum und -nummer auf unser unten angegebenes Konto zu überweisen.

Datum	GO-Nummer	Bezeichnung	Auslagen	Gebühr	Faktor	Summe
03.06.2022	1	Beratung (auch per Telefongespräch)		4,66	2,30	10,72
	5475	Osteodensitometrie	2,08	17,49	1,80	33,56
	5	Symptombezogene Untersuchung		4,66	2,30	10,72

03.06.2022  
Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft  
Fachärzte für Nuklearmedizin  
Nußallee 7 F - 63450 Hanau  
Tel. 06181-922 11-0  
Fax 06181-922 11-10

Bankverbindung:  
NUKLEARMEDIZIN HANAU  
IBAN DE15 5065 0023 0000 3049 49  
BIC HELADEF1HAN

NUKLEARMEDIZIN  
NUßALLEE 7  
HAUS F  
63450 HANAU  
WWW.NUK-HU.DE

Steuer-Nr. 22/367/60220

# Bad-Apotheke

Apotheker H.-P. Fichter e.K.

Frankfurter Straße 27  
49214 Bad Rothenfelde  
Telefon: 0800/1011422  
Telefax: 05424/216447  
info@bad-apotheke.com

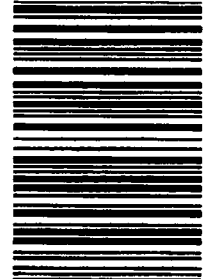
www.apotal.de

Bad-Apotheke\*Frankfurter Straße 27\*49214 Bad Rothenfelde

Herrn  
Max Mustermann  
Musterstraße 1  
12345 Musterstadt

Bank: Commerzbank AG  
IBAN: DE 76 2654 0070 0545 0465 01  
BIC: COBADEFFXXX

Bei Zahlungen bitte immer  
die Kunden-Nr. und  
Rechnungs-Nr. angeben!



RECHNUNG / LIEFERSCHEIN Nr. 22-1399878

Rechnungsdatum : 10.05.2022

Seite : 1

Sie haben falsche oder defekte Ware erhalten ?? Bitte rufen Sie uns vor Ihrer Rücksendung unverzüglich gebührenfrei an !

LFD	Datum	Art.-Nr	Artikel-Bezeichnung	Dar.	Einheit	PreisBasis	Zu/Abschl.	Preis	M	Menge	Betrag
1	09.05.2022	10832885	Kytta Schmerzsalbe	Cre	150 G	14.99		14.99		1	14.99
Gesamtsumme:										EUR	14.99
						Mwst:	7.0%	19.0%	Gesamt		
Summe ohne Mwst						0.00		12.60		12.60	EUR
Zzgl. gesetzliche Mwst						0.00		2.39		2.39	EUR
<b>Gesamtbetrag</b>						<b>0.00</b>		<b>14.99</b>		<b>14.99</b>	<b>EUR</b>

Ihre Rezepte einfach und bequem in den beiliegenden Freiumschlag und ab in den Postkasten.  
Das Porto uebernehmen wir fuer Sie.

Der Rechnungsbetrag ist ohne Abzug bis zum 20.05.2022 zu zahlen

bez.  
13.5.22

Bad-Apotheke, 49214 Bad Rothenfelde  
HRA: 110264 Osnabrück

Ust-Id Nr.: DE 117585157  
St-Nr.: 6520704427

Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.

Sie haben noch Fragen zu Ihren Medikamenten? Wir beraten Sie gerne!

kostenlose pharmazeutische Beratung Mo. - Fr. 8.00 - 20.00 Uhr / Sa. 9.00 - 14.00 Uhr

zertifiziert gemäß EG-Öko-Verordnung 834/2007 - fuer Bio-Lebensmittel gilt DE-ÖKO-039

Herrn  
Max Mustermann  
Musterstraße 1  
12345 Musterstadt

40 94863 00  
Dr. med. H. de Groot  
Facharzt für Augenheilkunde  
Marktplatz 1  
63065 Offenbach

Name und Anschrift des Patienten

Augenarzt

Vereinbarung über gewünschte Privatbehandlung  
**Optische Kohärenztomographie (OCT)**

Ich bin über die kohärenztomographische Untersuchung der Netzhaut/retinalen Nervenfaserschicht informiert worden

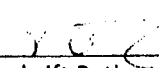
Ich wünsche eine Untersuchung mit dem optischen Kohärenztomographen.

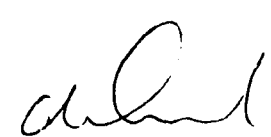
Kohärenztomographische Untersuchung				
GOÄ-Nr.	Leistungslegende	€-Betrag, Einfachsatz	Faktor	€-Betrag
Analog GOÄ 424	Optische Kohärenztomographie(OCT)	40,80	1,8	73,44
Rechnungsbetrag in €				73,44

Da diese augenärztliche Untersuchung keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist und die Kosten von dieser nicht übernommen werden, vereinbare ich eine Abrechnung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß obiger Aufstellung. Auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten wurde ich hingewiesen.

04.05.22

Datum

  
Unterschrift Patient/Patientin

  
Unterschrift Arzt/Ärztin

IBAN DE 83 3006 0601 0505 1379 18  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank

2022.04.05.22  
d. B.V.