

Gebühr frei

Geb.-pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

DAK Gesundheit

Name, Vorname des Versicherten

Fischer David

geb. am

1979-02-28

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

2024-06-25

Hilfs- Impf- Spr.-St. Begr.-
mittel- stoff- Bedarf-
pflicht

BVG

6

7

8

9

Apotheken-Nummer / IK

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.

Faktor

Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem

Turbuhaler, Symbicort, After waking up und before going to sleep

aut idem

Dr. Michael Schmidt

aut idem

Musterstraße 1, 12345 Musterstadt

6667

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer