

Krankenkasse bzw. Kostenträger

TESTREZEPT

50

Name, Vorname des Versicherten

TESTPATIENT

TESTMANN

geb. am

09.03.1963

Stockring 9

98447 Buxtehude

Deutschland

08/20

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

101087810

S069144590

1000 1000000

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

176754851

431477201

30.03.2020

BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9		

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.

Faktor

Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Vertragsarztstempel

176754851

TEST Zentrum Arnsberg

Frau Dr. TESTNACHNAME, TESTÄRZTIN

Facharzt für Tests

eHealth-Tec GmbH

Feldmannallee 80

64615 Arnsberg

Deutschland

Tel: +49(0)8430022921

Fax: 0019691341

Unterschrift des Arztes

176754851Y

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

TESTsaft N

TESTpharm 200 mg akut Schmerztabletten

666r

Abgabedatum
in der ApothekeBei Arbeitsunfall
auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebern timer