

Krankenkasse bzw. Kostenträger

TESTREZEPT

46

Name, Vorname des Versicherten

User

Demo

geb. am

01.01.2000

Ulrich-Feldmann-Weg 1

97460 Fellbach

Deutschland

03/20

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

101207854

C904790597

1000 10

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

250587854

949324201

26.11.2019

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

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

TESTirin 500mg

250587854

TEST Zentrum Kulmbach

Herr Dr. TESTNACHNAME, TESTARZT

Facharzt für Tests

eHealth-Tec GmbH

Wintergasse 1

28228 Kulmbach

Deutschland

+49(0) 835919447

TESTsaft N

---

666r

--	--	--	--	--	--

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer

250587854