			Bezugsdatum	Apotheken-Nummer	
Nam	ne, Vorname des Versicherten	geb. am	Gesamt-Brutto		
			Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.	Faktor Taxe	
Unfall	1	 Datum			
Rp.	 . (Bitte Leerräume durchstreiche	en)			
aut idem					
aut idem					
aut idem					
	* Aut-idem ist ausguschlossen, wenn der Arzt den	* Aut-idem ist ausguschlossen, wenn der Arzt den Auschluss durch Ankreuzen das Aut-idem-feides kennitich gemachi hat.		unterscrift des Arztes	

5901145-9 W. Kohlhammer Verlag Fax: 0711 7863-8340 E-Mail: arztformular@kohlhammer.de