

Rezeptbeispiel

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
	Name, Vorname des Versicherten		
Geb.-pfl.			geb. am
noctu			
Sonstige			
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Arbeits-unfall	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

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
PZN längenabhängig					
sh. Längenübersicht					

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem **1** Diagnose: **Ulcus cruris venosum**

aut idem **2** **3**

aut idem Versorgung: **1 Stück circaid juxtacures**

5