

**Gewähr
tra**

**Geb.
pfl.**

noctu

Sonstige

Unfall

**Arbeits-
unfall**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Frau geb. am
Maximiliane Musterfrau 29.06.1992
Musterstraße 1
12345 Musterstadt

| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
|------------|------------------|--------|
| 123456789 | A123456789 | 1000 1 |

| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |
|---------------------|-----------|------------|
| 123456789 | 123456789 | 17.11.2020 |

| BVG | Hilfs- mittel | Impf- stoff | Spr.-St. Bedarf | Begr.- Pflicht | Apotheken-Nummer / K |
|-------------------------------|------------------|----------------|--------------------|-------------------|----------------------|
| 6 | 7 | 8 | 9 | | |
| Zuzahlung | | | Gesamt-Brutto | | |
| Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | | | Faktor | | Taxe |
| 1. Verordnung | | | | | |
| 2. Verordnung | | | | | |
| 3. Verordnung | | | | | |

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

**aut
idem**

**aut
idem**

**aut
idem**

Digitale Gesundheitsanwendung
PZN 16876740
Kalmeda
Indikation: H93.1 Tinnitus aurium

ARTZSTEMPEL + Signatur

6667

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

| | |
|-----------|--------------------------------------|
| Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer |
|-----------|--------------------------------------|