

Gebühr bei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St.-Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer/IK					
	*Techniker			6	7	8	9							
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten			Zuzahlung							Gesamt-Brutto			
	Hans Wurst													
noctu	Straße, Hausnummer			geb. am										
	Hansemannstr. 11*			11.11.99										
Sonstige	PLZ, Wohnort			Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.								Faktor	Taxe	
	Hanshausen*			1. Verordnung										
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	2. Verordnung										
Arbeitsunfall	Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis	Datum	3. Verordnung									
				*										
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)												Vertragsarztstempel		
aut idem	1. Medikament			Name des Arztes										
	*Ernährungstherapie ärztl. empfohlen													
aut idem	2. Medikament			Telefonnummer des Arztes										
	1 Erstgespräch (60min), 12 Folgetermine (30min)													
aut idem	3. Medikament			Wunschtermin zur Abholung in der Apotheke								Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.2004)		
	Diagnose: Histaminintoleranz, v.a. Reizdarm													
666d			Datum	Zeit										
			*	*										
Bitte auszufüllen, wenn Auftraggeber vom o.g. Versicherten abweicht.														
Name Auftraggeber			Telefonnummer											