

<input checked="" type="checkbox"/> Gehh <input type="checkbox"/> Geb.-pfl. <input type="checkbox"/> noctu <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger <hr/> Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div> <hr/> Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status <hr/> Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: 8px;">Hilfs- mittel</td> <td style="font-size: 8px;">Impf- stoff</td> <td style="font-size: 8px;">Spr.-St. Bedarf</td> <td style="font-size: 8px;">Begr.- Pflicht</td> <td style="font-size: 8px;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: 8px;">Zuzahlung</td> <td style="font-size: 8px;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: 8px;">Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</td> <td style="font-size: 8px;">Faktor</td> <td style="font-size: 8px;">Taxe</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">1. Verordnung</td> <td style="text-align: center;">▲▲▲▲▲▲▲▲</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">2. Verordnung</td> <td style="text-align: center;">▲▲▲▲▲▲▲▲</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">3. Verordnung</td> <td style="text-align: center;">▲▲▲▲▲▲▲▲</td> <td></td> </tr> </table>	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	▲▲▲▲▲▲▲▲	
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	▲▲▲▲▲▲▲▲																											
<b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel  27/111100 Psychologische Gemeinschaftspraxis <b>Dr. med. Markus Mustermann</b> <b>Dr. rer. nat. Erik Mustermann</b> Dorfheidestraße 1 <b>51069 Köln</b>																										
<input type="checkbox"/> aut idem  <input type="checkbox"/> aut idem  <input type="checkbox"/> aut idem	6664 <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Abgabedatum in der Apotheke								Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)																			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen! <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Unfalltag</td> <td>Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer</td> </tr> </table>		Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer	2711111004																								
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer																											