

<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="width: 10%;">BVG</td> <td style="width: 10%;">Hilfs- mittel</td> <td style="width: 10%;">Impf- stoff</td> <td style="width: 10%;">Spr.-St. Bedarf</td> <td style="width: 10%;">Begr.- Pflicht</td> <td style="width: 50%;">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> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Zuzahlung</td> <td style="width: 50%;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</td> <td style="width: 15%;">Faktor</td> <td style="width: 15%;">Taxe</td> </tr> <tr> <td>1. Verordnung</td> <td style="text-align: center;">▲</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Verordnung</td> <td style="text-align: center;">▲</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Verordnung</td> <td style="text-align: center;">▲</td> <td></td> </tr> </table>	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	1. Verordnung	▲		2. Verordnung	▲		3. Verordnung	▲	
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																												
1. Verordnung	▲																													
2. Verordnung	▲																													
3. Verordnung	▲																													
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel 27/111100 Psychologische Gemeinschaftspraxis Dr. med. Markus Mustermann Dr. rer. nat. Erik Mustermann Dorfheidestraße 1 51069 Köln																												
<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; vertical-align: middle;"> <tr><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: 20%;">Unfalltag</td> <td>Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer</td> </tr> </table>		Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer	2711111004																										
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer																													