

<input type="checkbox"/> Gebüh- frei <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> noctu <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG Hilfs- Inpf- Spr- Barg- mittel stoff St. Pflanz Bedarf				Apothekennummer + IK	
	DAK		Name, Vorname des Versicherten		geb am			
	Mustermann Eva Beispielallee 33 99 999 Blindtextstadt		5167990 037623651 5000-1 Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status		29.05.37 Datum			
	1243231 09/09 05.05.08 Vertragsanz-Nr. VK gültig bis Datum		Zahlung		Gesamt Erlös			
			Arzneimittel-Nr.		Faktor		Taxe	
		1. Verordnung						
		2. Verordnung						
		3. Verordnung						
		Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)				Vertragsarztstempel		
<input type="checkbox"/> auf Idem		Verbandset, Nr. 640440. 15 Stk, monatl. Bedarf						
<input type="checkbox"/> auf Idem		Versorgungszeitraum: 01.07.08-31.07.08						
<input type="checkbox"/> auf Idem		Diagnose: Zustand n. Apoplex, PEG						
bbbrr						Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.2004)		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke						
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer						

<input type="checkbox"/> Gebüh- frei <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> noctu <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG Hilfs- Inpf- Spr- Barg- mittel stoff St. Pflanz Bedarf				Apothekennummer + IK	
	DAK		Name, Vorname des Versicherten		geb am			
	Mustermann Eva Beispielallee 33 99 999 Blindtextstadt		5167990 037623651 5000-1 Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status		29.05.37 Datum			
	1243231 09/09 05.05.08 Vertragsanz-Nr. VK gültig bis Datum		Zahlung		Gesamt Erlös			
			Arzneimittel-Nr.		Faktor		Taxe	
		1. Verordnung						
		2. Verordnung						
		3. Verordnung						
		Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)				Vertragsarztstempel		
<input type="checkbox"/> auf Idem		Pumpenüberleitungssysteme, Nr. 640362, 30 Stk, monatl. Bedarf						
<input type="checkbox"/> auf Idem		Versorgungszeitraum: 01.07.08-31.07.08						
<input type="checkbox"/> auf Idem		Diagnose: Zustand n. Apoplex, PEG						
bbbrr						Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.2004)		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke						
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer						