

Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Versicherungsnummer		Personennummer	
Arzt-Nr.		Datum	

Bezugsdatum

Apotheken-Nummer / IK

Gesamt-Brutto

--	--	--	--	--	--	--

Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.	Faktor	Taxe

Unfall

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut idem

aut idem

aut idem

**PKVH**

Arztstempel/Unterschrift des Arztes