

Rezepttext für die Verordnung von Contrelle Activgard

Wichtig: Bitte unbedingt "Hilfsmittel" ankreuzen!

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Gebühr frei		Mustermann - Krankenkasse		<input type="checkbox"/> Hilfs- mittel 6		<input checked="" type="checkbox"/> Impf- stoff X		<input type="checkbox"/> Spr.-St. Bedarf 8		<input type="checkbox"/> Bagn- Plicht 9		Apotheken-Nummer / K	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Erika Mustermann		12.12.1940		Zuzahlung				Gesamt-Brutto			
Musterstraße 123				12345 Musterhausen				Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.				Faktor		Taxe	
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status											
123456		123456789		1 2											
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		15.08.2023									
12 34 56		12 / 25													
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) 1 Starterset intravaginale Tampons HiMi-Nr: 15.25.21.2 Diagnose: Harnbelastungsinkontinenz Grad II bbbr														Vertragsarztstempel Dr. med. Mustermann Facharzt f. xxxxxxxxx Mustermann-gasse 1 12345 Musterhausen Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.2002)	
Bei Arbeitsunfall auszuweisen! Unfalltag: Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer														19562454	

Diagnose nicht vergessen.

Bei weiteren Fragen erreichen Sie uns jederzeit unter
Tel.: 0231 - 48 84 45

