

		Wahlarzt	
		Mitglieds-Nr. _____	
		1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstversichert	5 Pensionist(in)
		7 Kriegshinter- bliebene(r)	
Aussteller/in - bitte zutreffendes Feld ankreuzen!			
Familienname/Nachname		Vorname(n)	Versicherungsnummer
Patient/in		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Tag Monat Jahr </div>	
Anschrift			
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Tag Monat Jahr </div>	
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)			
Taxe	Gültig: 1 Monat ab Verordnung		Datum:
	Rp.		
Rezeptgebühr			
Anzahl _____			
Stempel der Apotheke / Hausapotheke		Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes	
		Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung	