

Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Versicherungsnummer	Personennummer	
Karte gültig bis	Datum	

Bezugsdatum	Apotheken-Nummer	
Gesamt-Brutto		
Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.	Faktor	Taxe

Unfall

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

\*  
aut  
idem

\*  
aut  
idem

\*  
aut  
idem

\* Aut-idem ist ausgeschlossen, wenn der Arzt den Ausschluss durch Ankreuzen des Aut-idem-Feldes kenntlich gemacht hat.

Unterschrift des Arztes