

SSB-Übersicht nach Kassenärztlichen Vereinigungen

(Stand: Juni 2021)

	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein	Reinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	Westfalen-Lippe
Biatain® Silicone Schaumverband	✗	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Biatain® Silicone Lite	✗	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Biatain® Silicone Non-Border	✗	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Biatain® Schaumverband	✗	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓*	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Biatain® Silicone Ag	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗
Biatain® Ag	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗
Biatain® Ibu	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✓	✓	✓
Comfeel® Plus Flexibel	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Comfeel® Plus Transparent	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Biatain® Super	✗	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Biatain® Fiber	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Biatain® Alginate	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Biatain® Alginate Ag	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗
Biatain® Contact	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Physiotulle®	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Purilon® Gel	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗

Alle Angaben ohne Gewähr

✗ nicht beziehbar ✓ beziehbar

* gilt nur für Biatain Schaumverband sanft haftend und nicht haftend

Inhaltsverzeichnis

SSB-Übersicht nach Kassenärztlichen Vereinigungen (Stand: Juni 2021).....	1
Rezeptvorlage Baden-Württemberg.....	3
Rezeptvorlage Bayern.....	4
Rezeptvorlage Brandenburg.....	5
Rezeptvorlage Bremen.....	6
Rezeptvorlage Hamburg.....	7
Rezeptvorlage Hessen.....	8
Rezeptvorlage Mecklenburg-Vorpommern.....	9
Rezeptvorlage Niedersachsen.....	10
Rezeptvorlage Nordrhein.....	11
Rezeptvorlage Rheinland-Pfalz.....	12
Rezeptvorlage Saarland.....	13
Rezeptvorlage Sachsen.....	14
Rezeptvorlage Schleswig-Holstein.....	15
Rezeptvorlage Thüringen.....	16
Rezeptvorlage Westfalen-Lippe.....	17

Rezeptvorlage Baden-Württemberg

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / K	
	GKV BW		6	7	8	9			
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
noctu	Sprechstundenbedarf Baden-Württemberg		geb. am						
Sonstige	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.				
Unfall					1. Verordnung				
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		2. Verordnung				
	12-3456789		123456-6-67		3. Verordnung				
	Datum		Vertragsarztstempel						
	01.12.20		Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 72456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619						
aut idem	Biatain Contact 7,5x10		MUSTER Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)						
	PZN: 15628744								
aut idem	1 OP (60 Stück)								
aut idem	bbbrr		Abgabedatum in der Apotheke						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!									
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer							

Institutionskennzeichen:

Freiburg (BSNR beginnt mit 57, 58 oder 59): IK 10 8095249

Karlsruhe (BSNR beginnt mit 52, 53, 54 oder 56): IK 10 7018414

Reutlingen (BSNR beginnt mit 62) IK 10 7815807

Stuttgart (BSNR beginnt mit 61): IK 10 7815727

Rezeptvorlage Bayern

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Bayern			Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Apotheken-Nummer / K		
Kostenträgerkennung 108310400			8	9			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Gesamt-Brutto				
12-3456789	123456-6-67	01.12.20					
aut idem	Biatain Contact 7,5x10		Arzneimittel-Nr.		Faktor		Taxe
aut idem	PZN: 15628744						
aut idem	1 OP (60 Stück)						
aut idem	<h1>MUSTER</h1>						
aut idem							
aut idem							
aut idem							
aut idem							
aut idem							
Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619							
Unterschrift des Arztes			Muster 16 a (06.2020)				

Rezeptvorlage Brandenburg

	Krankenkasse bzw. Kostenträger								
Gebühr frei	AOK Nordost			BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / K
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten			6	7	8	9		
noctu	Sprechstundenbedarf			Zuzahlung					
Sonstige	AOK Nordost			Gesamt-Brutto					
Unfall	Kostenträgerkennung			Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.					
	100696012			1. Verordnung					
Arbeitsunfall	Versicherten-Nr.			2. Verordnung					
	12-3456789			3. Verordnung					
	Status			Vertragsarztstempel					
	Betriebsstätten-Nr.			Arzt-Nr.					
	12-3456789			123456-6-67					
	Datum			01.12.20					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)									
aut idem	Biatain Contact 7,5x10			<div style="font-size: 48px; opacity: 0.5; position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); pointer-events: none;">MUSTER</div> <div style="text-align: right;"> <p>Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 123456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619</p> </div>					
aut idem	PZN: 15628744								
aut idem	1 OP (60 Stück)								
aut idem	b b b b r								
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				Abgabedatum in der Apotheke					
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer							



Rezeptvorlage Bremen

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Bremen/Bremerhaven			Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Apotheken-Nummer / K																																																										
Kostenträgerkennung 3119155			8	9																																																											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Gesamt-Brutto																																																												
12-3456789	123456-6-67	01.12.20	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																												
aut. idem	Biatain Contact 7,5x10		Arzneimittel-Nr.																																																												
aut. idem	PZN: 15628744		Faktor																																																												
aut. idem	1 OP (60 Stück)		Taxe																																																												
aut. idem	<h1>MUSTER</h1>		<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																												
aut. idem	<p style="text-align: center;">Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 28456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619</p> <p style="text-align: center;"><i>(Signature)</i></p> <p style="text-align: center;">Unterschrift des Arztes</p>																																																														
aut. idem																																																															
aut. idem																																																															
aut. idem																																																															
aut. idem																																																															
aut. idem																																																															

Muster 16 a (06.2020)

Rezeptvorlage Hamburg

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / K			
	Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD)		6	7	8	9					
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto						
noctu	Sprechstundenbedarf geb. am										
Sonstige	Quartal 04/2020										
	02 900										
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status								
	102040499										
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum								
	12-3456789		123456-6-67		01.12.20						
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel								
aut idem	Comfeel Plus Transparent 10x10										
	PZN: 12342438										
aut idem	1 OP (10 Stück)										
bbbrr			MUSTER							Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345679	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!											
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer									

Rezeptvorlage Hessen

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Hessen	<input type="checkbox"/> BVG	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Impfstoff	<input type="checkbox"/> Spr.-St. Bedarf	<input type="checkbox"/> Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / K		
<input type="checkbox"/> Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input checked="" type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> noctu	Sprechstundenbedarf geb. am	Zuzahlung							
<input type="checkbox"/> Sonstige	AOK Hessen	Gesamt-Brutto							
<input type="checkbox"/> Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			Faktor	Taxe
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	105110208				1. Verordnung				
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		2. Verordnung				
	12-3456789	123456-6-67	01.12.20		3. Verordnung				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								Vertragsarztstempel	
<input type="checkbox"/> aut. idem	Biatain Contact 7,5x10				MUSTER				
<input type="checkbox"/> aut. idem	PZN: 15628744								
<input type="checkbox"/> aut. idem	1 OP (60 Stück)								
<input type="checkbox"/> aut. idem	666d	<input type="text"/>		Abgabedatum in der Apotheke		Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!					Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)				
<input type="text"/>		<input type="text"/>							

Rezeptvorlage Mecklenburg-Vorpommern

<input type="checkbox"/> Gebüh- frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Nordost, 78102			BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / K
<input type="checkbox"/> Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten Sprechstundenbedarf geb. am			6	7	8	9		
<input type="checkbox"/> noctu	AOK Nordost			Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
<input type="checkbox"/> Sonstige				Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
<input type="checkbox"/> Unfall	Kostenträgerkennung 100395611	Versicherten-Nr.	Status	1. Verordnung					
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr. 12-3456789	Arzt-Nr. 123456-6-67	Datum 01.12.20	2. Verordnung					
				3. Verordnung					
				Vertragsarztstempel					
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			<div style="font-size: 2em; opacity: 0.5; position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); pointer-events: none;">MUSTER</div> <div style="text-align: right;"> <p>Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Mustersstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619</p> </div>					
<input type="checkbox"/> aut idem	Comfeel Plus Transparent 10x10 PZN: 12342438								
<input type="checkbox"/> aut idem	1 OP (10 Stück)								
<input type="checkbox"/> aut idem	bbbrr								
				Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!									
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer							

Rezeptvorlage Niedersachsen

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD) 17900		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / K	
	Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		Sprechstundenbedarf		6	7	8	9		
		noctu			geb. am						
	Sonstige	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	Status						
Unfall	102091696										
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Datum							
	12-3456789		123456-6-67	01.12.20							
<p>Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</p>											
aut idem	Biatain Contact 7,5x10										
	PZN: 15628744										
aut idem	1 OP (60 Stück)										
b b b r											
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		<p>Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Mustersstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619</p>							
				<p>Unterschrift des Arztes Muster 16 (08.2020)</p>							
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer										

Rezeptvorlage Nordrhein

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / K
Gebühr frei	SSB Nordrhein	6	7	8	9		
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
noctu	geb. am						
Sonstige	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe
Unfall	102091710			1. Verordnung			
Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	2. Verordnung			
	12-3456789	123456-6-67	01.12.20	3. Verordnung			
<p>Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</p> <p>aut idem Biatain Silicone Lite 10x10 PZN: 03880697 1 OP (10 Stück)</p> <p>aut idem 6666</p> <p>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</p> <p>Unfalltag: <input type="text"/> Abgabedatum in der Apotheke: <input type="text"/></p> <p>Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer: <input type="text"/></p>							
<p>MUSTER</p> <p>Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Mustersstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619</p>						<p>Vertragsarztstempel</p> <p>Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)</p>	

Rezeptvorlage Rheinland-Pfalz

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel		Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / K
Gebühr- frei	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland		6	7	8	9	
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto		
noctu	Sprechstundenbedarf AOK		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe	
Sonstige	Rheinland-Pfalz/Saarland		1. Verordnung				
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	2. Verordnung			
	106315003			3. Verordnung			
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Vertragsarztstempel			
	12-3456789	123456-6-67	01.12.20	Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345679			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
aut idem	Biatain Contact 7,5x10		MUSTER		Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)		
aut idem	PZN:15628744						
aut idem	1 OP (60 Stück)						
aut idem	b b b r		Abgabedatum in der Apotheke				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!							
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer						

Rezeptvorlage Saarland

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / K
Gebühr frei	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	6	7	8	9		
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
noctu	Sprechstundenbedarf geb. am AOK	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.					
Sonstige	Rheinland-Pfalz/Saarland	1. Verordnung		Faktor		Taxe	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	2. Verordnung					
Unfall	109319309	3. Verordnung					
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				
	12-3456789	123456-6-67	01.12.20				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
aut idem	Biatain Contact 7,5x10		<div style="font-size: 2em; opacity: 0.3; position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);">MUSTER</div> <div style="text-align: right;"> <p>Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 34567</p> </div>				
	PZN: 15628744						
aut idem	1 OP (60 Stück)						
aut idem	bbbrr		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!							
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer					

Rezeptvorlage Sachsen

<input type="checkbox"/> Gebüh- frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Plus			<input type="checkbox"/> BVG	<input type="checkbox"/> Hilfs- mittel	<input type="checkbox"/> Impf- stoff	<input type="checkbox"/> Spr.-St. Bedarf	<input type="checkbox"/> Begr.- Pflicht	<input type="checkbox"/> Apotheken-Nr. / K		
<input type="checkbox"/> Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten Sprechstundenbedarf AOK Plus geb. am			Zuzahlung		Gesamt-Brutto					
<input type="checkbox"/> noctu				Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor					
<input type="checkbox"/> Sonstige				1. Verordnung							
<input type="checkbox"/> Unfall	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status 107299005			2. Verordnung							
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 12-3456789 123456-6-67 01.12.20			3. Verordnung							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)											
<input type="checkbox"/> aut. idem	Biatain Contact 7,5x10 PZN: 15628744 1 OP (60 Stück)			MUSTER						Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 29456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619	
<input type="checkbox"/> aut. idem											
<input type="checkbox"/> aut. idem	bbbbr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!											
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer									
Vertragsarztstempel											
Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)											

Rezeptvorlage Schleswig-Holstein

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Nordwest			Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Apotheken-Nummer / K		
Kostenträgerkennung 101317184			8	9			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Gesamt-Brutto				
12-3456789	123456-6-67	01.12.20					
aut idem	Biatain Contact 7,5x10		Arzneimittel-Nr.				
aut idem	PZN: 15628744		Faktor				
aut idem	1 OP (60 Stück)		Taxe				
aut idem	<h1>MUSTER</h1>						
aut idem							
aut idem							
aut idem							
aut idem							
aut idem							
aut idem							

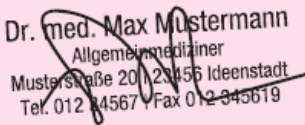
Dr. med. Max Mustermann
 Allgemeinmediziner
 Musterstraße 20 | 23456 Ideenstadt
 Tel. 012 34567 | Fax 012 345619

(Handwritten Signature)

Unterschrift des Arztes

Muster 16 a (06.2020)

Rezeptvorlage Thüringen

<input type="checkbox"/> Gebüh- frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Plus		<input type="checkbox"/> BVG	<input type="checkbox"/> Hilfs- mitte-	<input type="checkbox"/> Impl- stoff	<input type="checkbox"/> Spr.-St- Bedarf	<input type="checkbox"/> Begr.- Pflcht	Apotheken-Nummer / K
<input type="checkbox"/> Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten Sprechstundenbedarf geb. am AOK Plus		<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> noctu			Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
<input type="checkbox"/> Sonstige			Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor			
<input type="checkbox"/> Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	1. Verordnung					
	107299005		2. Verordnung					
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	3. Verordnung					
	12-3456789	123456-6-67	Datum		01.12.20			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								
<input type="checkbox"/> aut. idem	Biatain Contact 7,5x10 PZN: 15628744 1 OP (60 Stück)		<h1>MUSTER</h1>		 Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619			
<input type="checkbox"/> aut. idem								
<input type="checkbox"/> aut. idem								
	666d	<input type="checkbox"/>	Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!								
Unfalltag			Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer					

Rezeptvorlage Westfalen-Lippe

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impl- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / K	
Gebühr frei	AOK Nordwest	6	7	8	9			
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
noctu	Sprechstundenbedarf AOK Nordwest	geb. am						
Sonstige								
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			
	103411401				Faktor			
					Taxe			
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		1. Verordnung			
	12-3456789	123456-6-67	01.12.20		2. Verordnung			
					3. Verordnung			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							Vertragsarztstempel	
aut. idem	Biatain Contact 7,5x10		MUSTER					Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345679
aut. idem	PZN: 15628744							
aut. idem	1 OP (60 Stück)							
aut. idem	bbb	Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!								
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer							