

SSB-Übersicht nach Kassenärztlichen Vereinigungen

(Stand: Juli 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

* Bezug nur über lieferberechtigte Stellen

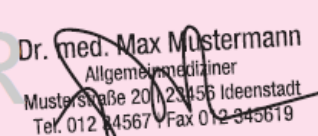
** gilt nur für Biatain Schaumverband nicht haftend und sanft haftend

*** silberhaltige Produkte bis 30.6.2022 nur Allgemeinmediziner:innen/Praktische Ärzt:innen, Chirurg:innen, Orthopäd:innen und Ärzt:innen mit dem Schwerpunkt Diabetologie oder nach Verifizierung gegenüber der GKV

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		Faktor					
		01.12.20		Taxe					
				Vertragsarztstempel					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)									
aut idem	Biatain Contact 7,5x10		<div style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;">MUSTER</div> <div style="text-align: right;">  Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 723456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345679 </div>						
aut idem	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							

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							
aut idem							
aut idem							
aut idem							
aut idem							
aut idem							
aut idem							
MUSTER							
			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		BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / K
Gebühr frei	AOK Nordost	6	7	8	9		
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
noctu	Sprechstundenbedarf AOK Nordost	geb. am		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.			
Sonstige				1. Verordnung			
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	2. Verordnung			
Arbeitsunfall	100696012			3. Verordnung			
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Vertragsarztstempel			
	12-3456789	123456-6-67	01.12.20				
<p>Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</p> <p>aut idem Biatain Contact 7,5x10 PZN:15628744 1 OP (60 Stück)</p> <p>aut idem</p> <p>aut idem 6666</p> <p>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</p> <p>Abgabedatum in der Apotheke</p> <p>Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer</p>							
				Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619			
				Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)			

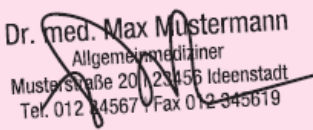
Rezeptvorlage Bremen

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> <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>[Handwritten 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)									
aut idem	Comfeel Plus Transparent 10x10		<div style="position: relative; height: 100px;"> MUSTER </div>						
	PZN: 12342438								
aut idem	1 OP (10 Stück)								
aut idem	bbbrr		Vertragsarztstempel						
			Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345679						
			Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!									
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer							

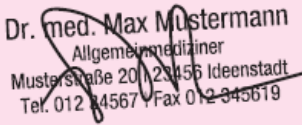
Rezeptvorlage Hessen

<input type="checkbox"/> Gebüh- frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Hessen	<input type="checkbox"/> BVG	<input type="checkbox"/> Hilfe- mitte-	<input type="checkbox"/> Impf- stoff	<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	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Versicherten-Nr.	1. Verordnung					
	Status	2. Verordnung					
	Betriebsstätten-Nr.	3. Verordnung					
	Arzt-Nr.	Vertragsarztstempel					
	Datum						
	12-3456789						
	123456-6-67						
	01.12.20						
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
<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	bbbrr	Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		 Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619					
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer						

Rezeptvorlage Mecklenburg-Vorpommern

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / K		
	AOK Nordost, 78102			6	7	8	9				
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten			Zuzahlung		Gesamt-Brutto					
noctu	Sprechstundenbedarf AOK Nordost			Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe			
Sonstige	geb. am			1. Verordnung							
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	2. Verordnung							
	100395611			3. Verordnung							
Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Vertragsarztstempel							
	12-3456789	123456-6-67	01.12.20								
<p>Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</p> <p>aut idem Comfeel Plus Transparent 10x10 PZN: 12342438 1 OP (10 Stück)</p> <p>aut idem</p> <p>aut idem bbbri</p> <p>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</p> <p>Abgabedatum in der Apotheke</p> <p>Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer</p>											
<p>MUSTER</p>				<p>Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Mustersstraße 20, 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619</p>				<p>Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)</p>			
				<p>Vertragsarztstempel</p>							

Rezeptvorlage Niedersachsen

Gebühr	Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfs-	Impf-	Spr.-St.	Begr.-	Apotheken-Nr. / K
frei	Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD) 17900			6	7	8	9		
Geb.-	Name, Vorname des Versicherten			Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
pfl.	Sprechstundenbedarf geb. am								
noctu									
Sonstige									
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status						
	102091696								
Arbeits-	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum						
unfall	12-3456789	123456-6-67	01.12.20						
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)									
aut	Biatain Contact 7,5x10								
idem	PZN: 15628744								
aut	1 OP (60 Stück)								
idem									
aut	b b b r								
idem									
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			Abgabedatum in der Apotheke		Vertragsarztstempel				
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer			 Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Mustersstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619				
MUSTER									
Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)									

Rezeptvorlage Nordrhein

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger SSB Nordrhein	<input type="checkbox"/> BVG	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Impfstoff	<input type="checkbox"/> Sor.-St. Bedarf	<input type="checkbox"/> Begr.-Pflicht	<input type="text" value="Apotheken-Nummer / K"/>
<input type="checkbox"/> Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> noctu	geb. am	Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
<input type="checkbox"/> Sonstige		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe		
<input type="checkbox"/> Unfall	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status 102091710	1. Verordnung					
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 12-3456789 123456-6-67 01.12.20	2. Verordnung					
		3. Verordnung					
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)	Vertragsarztstempel					
<input type="checkbox"/> aut idem	Biatain Silicone Lite 10x10 PZN: 03880697	<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	1 OP (10 Stück)						
<input type="checkbox"/> aut idem	bbbrr						
	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)					
	Bei Arbeitsunfall auszufüllen!						
	Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer						

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					
	12-3456789	123456-6-67	01.12.20					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								
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	b b b r		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!								
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer						

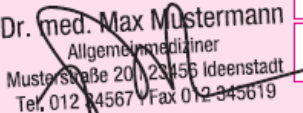
Rezeptvorlage Saarland

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	<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 type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> noctu	Sprechstundenbedarf geb. am AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	Zuzahlung					
<input type="checkbox"/> Sotstage	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.				Gesamt-Brutto	
<input type="checkbox"/> Unfall	109319309	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.					
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				Faktor
	12-3456789	123456-6-67	01.12.20				Taxe
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						Vertragsarztstempel
<input type="checkbox"/> aut. idem	Biatain Contact 7,5x10						
<input type="checkbox"/> aut. idem	PZN: 15628744						
<input type="checkbox"/> aut. idem	1 OP (60 Stück)						
<input type="checkbox"/> aut. idem	MUSTER						
<input type="checkbox"/> aut. idem	bbbr						Dr. med. Max Mustermann
						Allgemeinmediziner	
						Musterstraße 20 23456 Ideenstadt	
						Tel. 012 34567 Fax 012 34567	
						Unterschrift des Arztes	
						Muster 16 (06.2020)	
	Bei Arbeitsunfall auszufüllen!						
	Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer					

Rezeptvorlage Sachsen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / K
Gebühr frei	AOK Plus	6	7	8	9		
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
noctu	Sprechstundenbedarf AOK Plus	geb. am		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			
Sonstige				1. Verordnung			
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		2. Verordnung			
	107299005			3. Verordnung			
Arbeitsunfall	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: 48px; opacity: 0.5;">MUSTER</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Dr. med. Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstraße 20 23456 Ideenstadt Tel. 012 34567 Fax 012 345619 </div>				
aut idem	PZN: 15628744						
aut idem	1 OP (60 Stück)						
aut idem	b b b b r		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (06.2020)		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!							
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer					

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

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								
Sonstige	AOK Nordwest								
geb. am									
Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.				
	103411401				1. Verordnung				
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		2. Verordnung				
	12-3456789	123456-6-67	01.12.20		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 345619
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								