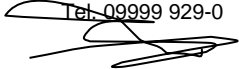


| | | |
|---|--|---|
| <div>Gebühr Frei</div> <div>Gebühr Pflichtig</div> <div>Noctu</div> <div>sonstiges</div> <div>Unfall</div> <div>Arbeits- unfall</div> | <div>Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK</div> <div>Name, Vorname des Versicherten Müller, Axel Am alten See 12 99988 Unterbach <div>geb. am 15.06.1948</div></div> <div><div>Kassen-Nr. 8017779</div><div>Versicherten-Nr. 771564445</div><div>Status 5</div></div> <div><div>Betriebsstätten-Nr. 619530400</div><div>Vertragsarzt-Nr. 62070261/3</div><div>Datum 25.04</div></div> | <div><div>BVG</div><div>Hilfs- mittel</div><div>Impf- schutz</div><div>Soz. St. Beitrag</div><div>Begr.- Übliche</div><div><div>6</div><div>7X</div><div>8</div><div>9</div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</div><div>Faktor</div><div>Taxe</div><div>1. Verordnung</div><div>2. Verordnung</div><div>3. Verordnung</div></div> <div><div>Apotheken-Nr. / IK</div><div></div></div> <div><div>Zuzahlung</div><div>Gesamtbrutto</div></div> <div><div>Vertragsarztstempel</div><div>Dr. med. D. Bohlen Alte Steige 5 99988 Unterbach Tel. 09999 929-0</div><div> Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.2004)</div></div> <div><div>Bei Arbeitsunfall ausfüllen!</div><div><div>Unfalltag</div><div>Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer</div></div></div> <div><div>Abgabedatum in der Apotheke</div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> |
|---|--|---|