

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel Stoff		Impf- Stoff		Beig- Pflanzl.		Apotheken-Nummer / IK	
Techniker Krankenkasse		6		7		8		9	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Zahlung		Gesamt-Betrag			
[Redacted]		[Redacted]		Arztentlohn-Hilfsmitte-Nr.		Faktor		Taxe	
[Redacted]		[Redacted]		1. Verordnung					
[Redacted]		[Redacted]		2. Verordnung					
[Redacted]		[Redacted]		3. Verordnung					
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status					
[Redacted]		[Redacted]		1000000					
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum					
[Redacted]		[Redacted]		16.12.19					
Arbeits- unfall								Vertragsarztstempel	
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)									
Famotidin 40mg 50 Kps									
Füllstoff mikrokristalline Zellulose									
bei bekannter Unverträglichkeit von vielen Inhaltsstoffen									
Diagnose: idiopathisches Mästelaktivierungssyndrom									
Bbbh - - - -									
Abgabedatum in der Apotheke									
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!									
Unfalltag									
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer									
1884666004									