

PRIVAT

Name, Vorname des Versicherten

Tester

Stefanie

geb. am 01.01.00

Frankfurter Str. 224

D 34134 Kassel

421958100 766919803

Datum

23.05.23

Bezugsdatum

Apotheken-Nummer / IK

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.

Faktor

Taxe

Rp\* (Bitte Leerräume durchstreichen)

6x podologische Komplexbehandlung bds.

D:Pathologisches Nagelwachstum mit Hyperkeratosen

\*

\*

\*

\*

Dieses Rezept können Sie bei vielen gesetzlichen Krankenkasse zur Voll- oder Teilerstattung als Satzungsleistung einreichen.

Unterschrift des Arztes