

An die Krankenkasse: Antrag zur Kostenübernahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

da es keinen vertraglich geregelten Preis zur Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse gibt, bitten wir Sie um Genehmigung der Kostenübernahme für:

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
				6	7	8	9		
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten			Zuzahlung			Gesamt-Brutto		
noctu	geb. am								
Sonstige	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
Unfall			Status	1. Verordnung					
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Verordnung					
			Datum	3. Verordnung					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)				Vertragsarztstempel					
aut idem				REZEPTKOPIE					
aut idem									
aut idem									
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)			
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer							

Angaben zur Genehmigung

Pos. der Verordnung: _____	» Preisberechnung: _____
Name des Präparates: _____	_____
Gesamtpreis (€): _____	_____

Ansprechpartner/in bei der Krankenkasse

Krankenkasse: _____
 Frau/Herr: _____
 E-Mail-Adresse: _____
 Fax-Nummer: _____

Rückantwort an Ansprechpartner/in der Apotheke

Frau/Herr: _____
 E-Mail-Adresse: _____
 Fax-Nummer: _____
 Tel.-Nummer: _____

Vielen Dank im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Apothekenteam

Apothekenstempel