

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Datum		

Apotheken-Nummer / IK

Zuzahlung	Gesamt-Brutto	
Kennziffer	Faktor	Taxe
1. Position		
2. Position		
3. Position		

--	--	--	--	--	--	--

Leistungs-/Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift  
der Apothekerin/des Apothekers

## APOTHEKENBELEG

