

Bestätigung für Rezeptgebühren und andere Arzneimittelkosten

PatientIn: _____

Versicherungsnummer/Geburtsdatum: _____

_____ Rezeptgebühr/en Andere Arzneimittel/Preis _____ _____ Datum Apothekenstempel/Unterschrift	_____ Rezeptgebühr/en Andere Arzneimittel/Preis _____ _____ Datum Apothekenstempel/Unterschrift	_____ Rezeptgebühr/en Andere Arzneimittel/Preis _____ _____ Datum Apothekenstempel/Unterschrift
_____ Rezeptgebühr/en Andere Arzneimittel/Preis _____ _____ Datum Apothekenstempel/Unterschrift	_____ Rezeptgebühr/en Andere Arzneimittel/Preis _____ _____ Datum Apothekenstempel/Unterschrift	_____ Rezeptgebühr/en Andere Arzneimittel/Preis _____ _____ Datum Apothekenstempel/Unterschrift
_____ Rezeptgebühr/en Andere Arzneimittel/Preis _____ _____ Datum Apothekenstempel/Unterschrift	_____ Rezeptgebühr/en Andere Arzneimittel/Preis _____ _____ Datum Apothekenstempel/Unterschrift	_____ Rezeptgebühr/en Andere Arzneimittel/Preis _____ _____ Datum Apothekenstempel/Unterschrift
_____ Rezeptgebühr/en Andere Arzneimittel/Preis _____ _____ Datum Apothekenstempel/Unterschrift	_____ Rezeptgebühr/en Andere Arzneimittel/Preis _____ _____ Datum Apothekenstempel/Unterschrift	_____ Rezeptgebühr/en Andere Arzneimittel/Preis _____ _____ Datum Apothekenstempel/Unterschrift