Name, Vorname des Versicherten

Test
Testinchen
m
D Aachen

geb. am 11.11.11

Datum 30.09.15

Bezugsdatum

Apotheker-Nummer / IK

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.	Faktor	Taxe

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Diag: Fußfehlstatik(R29.8,GB),

Podopathie

10 x Podologische Komplexbehandlung

Unterschrift des Arztes

Dieses Rezept können Sie nicht zur Erstattung bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse einreichen. Allerdings können Sie diese Arzneimittelausgaben unter Berücksichtigung Ihrer persönlichen Belastungsgrenze bei Ihrer Steuererklärung geltend machen.

MA2035