

# Bestellung



## Kassenrezept

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- PKV	Impf- status	Soz.-St. Bezug	Boor- PKV	Apotheken-Nr. / K.
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Zustellung			
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	Status	Arzneimittel-Hersteller-Nr.		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Datum	1. Verordnung		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel				
Dr. med. Max Muster Facharzt für Musterkrankheiten Musterstraße 1 22222 Musterstadt Telefon 000 2222222 Telefax 000 3333333		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		1234567894		

## Privatrezept

**GLEICH MITBESTELLEN**

Bezugsdatum		Apotheken-Nr.	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel	
Dr. med. Max Muster Facharzt für Musterkrankheiten Musterstraße 1 22222 Musterstadt Telefon 000 2222222 Telefax 000 3333333		Unterschrift des Arztes	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke	
PKVH 5001911A04179			

### Original PKV-Privatrezept

Privatrezepte für die Versichertenkarte mit blauem Untergrund. Fälschungssicher durch Sicherheitsnummer und **Wasserzeichen**, chipkartengerecht, wahlweise mit oder ohne Eindruck.

### Ihre Bestellung:

(bitte ankreuzen)

- mit Eindruck       ohne Eindruck

### Menge:

- 1000 Stück      29,90 €  
 3000 Stück      72,60 €  
 5000 Stück      116,00 €  
 (zzgl. 19 % MwSt.)

### Preise:

### Ihre Bestellung:

(bitte ankreuzen)

- mit Eindruck\*       ohne Eindruck

### Menge:

- 1000 Stück  
 3000 Stück  
 5000 Stück

### \* Preise für den Eindruck:

(zzgl. 19 % MwSt.)

1000 Stück: 0 € · 3000 Stück: 0 € · 5000 Stück: 0 €

- Unveränderter Nachdruck       Neuer Eindrucktext

Angaben für Ihren neuen persönlichen Eindruck  
(max. 9 Zeilen à 40 Zeichen)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Unveränderter Nachdruck       Neuer Eindrucktext

Angaben für Ihren neuen persönlichen Eindruck  
(max. 9 Zeilen à 40 Zeichen)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>Betriebsstättennummer</b>  <b>Telefon-/Faxnummer</b>  <b>Datum/Ansprechpartner</b>	<b>Absender</b>
---	-----------------

### E-Mail\*

\* Bei Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erhalten Sie automatisch eine Eingangs- und Versandbestätigung Ihrer Bestellung.

Das ausgefüllte Formular bitte via E-Mail an [arztvordrucke@pav.de](mailto:arztvordrucke@pav.de)

Paul Albrechts Verlag GmbH · Hamburger Straße 6 · 22952 Lütjensee · Telefon 0 41 54 \_ 7 99 122/-168/-121 · Telefax 0 41 54 \_ 7 99 173

➔ Per E-Mail an PAV senden