

## Kassenrezept

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hr. Nr. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Arzt-Nr. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Geburtsdatum	
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum	
Rp. (Bitte Leerdäume durchzeichnen)					
Verfügungstempel					
Dr. med. Max Muster Facharzt für Musterkrankheiten Musterstraße 1 22222 Musterstadt Telefon 000 222222 Telefax 000 333333					
Bei Arbeitsunfähigkeit auszufüllen					
Unterschrift des Arztes					
Muster 16 (10/2014)					
1234567894					

## Privatrezept

**GLEICH MITBESTELLEN**

Rezept-Nr.		Rezept-Nr.	
geb. am		Geburtsdatum	
Versicherungsnummer		Personennummer	
Karte gültig bis		Datum	
Rp. (Bitte Leerdäume durchzeichnen)			
Dr. med. Max Muster Facharzt für Musterkrankheiten Musterstraße 1 22222 Musterstadt Telefon 000 222222 Telefax 000 333333			
PKVn			
5001911A04179			
*Aufkleber ist auszufüllen, wenn der Arzt den Ausschluss durch Ankreuzen des Aufklebers förmlich gemacht hat.			
Unterschrift des Arztes			

### 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:

- ☐ 500 Stück  
☐ 1000 Stück  
☐ 3000 Stück  
☐ 5000 Stück

### Preise:

- 41,00 €  
 49,90 €  
 119,10 €  
 184,00 €

Preise zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten (6,90 € / netto)  
 Versandkostenfrei ab 100,00 € Netto-Bestellwert

☐ Unveränderter Nachdruck ☐ Neuer Eindrucktext  
 Angaben für Ihren neuen persönlichen Eindruck  
 (max. 9 Zeilen à 40 Zeichen)

### Ihre Bestellung:

(bitte ankreuzen)

- ☐ mit Eindruck\* ☐ ohne Eindruck

### Menge:

- ☐ 1000 Stück  
☐ 3000 Stück  
☐ 5000 Stück

### \* Preise für den Eindruck:

(zzgl. gesetzl. MwSt.)

1000 Stück: 32,50 € · 3000 Stück: 42,20 € · 5000 Stück: 49,70 €

☐ Unveränderter Nachdruck ☐ Neuer Eindrucktext  
 Angaben für Ihren neuen persönlichen Eindruck  
 (max. 9 Zeilen à 40 Zeichen)



<b>Betriebsstättennummer</b>	<b>Absender</b>
<b>Telefon-/Faxnummer</b>	
<b>Datum/Ansprechpartner</b>	
<b>E-Mail*</b>	<b>Praxisurlaub</b>

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

Testen Sie alle Vorteile unseres Onlineshops  
 mit einem Gastaccount unter [www.allpromed.de](http://www.allpromed.de)

Das ausgefüllte Formular bitte via E-Mail an [arztvordrucke@pav.de](mailto:arztvordrucke@pav.de) oder per Fax an 0 41 54 \_ 7 99 173

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

**Per E-Mail  
 an PAV senden**