

## Kassenrezept

|                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger                                                                                                           |  | Hr. Nr. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                             |  |
| Name, Vorname des Versicherten                                                                                                           |  | geb. am                                                                                                                                  |  |
| Kostenträgerkennung                                                                                                                      |  | Versicherten-Nr.                                                                                                                         |  |
| Betriebsstätten-Nr.                                                                                                                      |  | Arzt-Nr.                                                                                                                                 |  |
| Rp. (Bitte Leerdäume durchzeichnen)                                                                                                      |  | Verfügungstempel                                                                                                                         |  |
| Dr. med. Max Muster<br>Facharzt für Musterkrankheiten<br>Musterstraße 1<br>22222 Musterstadt<br>Telefon 000 222222<br>Telefax 000 333333 |  | Dr. med. Max Muster<br>Facharzt für Musterkrankheiten<br>Musterstraße 1<br>22222 Musterstadt<br>Telefon 000 222222<br>Telefax 000 333333 |  |
| Bei Arbeitsunfähigkeit auszufüllen<br>Unfalltag:      Unfallbetrieb oder Arbeitsgeheimnummer:                                            |  | Abgabedatum n. der Apotheke:      Unterschrift des Arztes:                                                                               |  |
| 1234567894                                                                                                                               |  |                                                                                                                                          |  |

## Privatrezept

**GLEICH MITBESTELLEN**

|                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Bezeichnung                                                                                                                              |  | Rezept-Nr.                                                                                                                               |  |
| geb. am                                                                                                                                  |  | Geburtsort                                                                                                                               |  |
| Versicherungsnummer                                                                                                                      |  | Personennummer                                                                                                                           |  |
| Karte gültig bis                                                                                                                         |  | Datum                                                                                                                                    |  |
| Rp. (Bitte Leerdäume durchzeichnen)                                                                                                      |  | Verfügungstempel                                                                                                                         |  |
| Dr. med. Max Muster<br>Facharzt für Musterkrankheiten<br>Musterstraße 1<br>22222 Musterstadt<br>Telefon 000 222222<br>Telefax 000 333333 |  | Dr. med. Max Muster<br>Facharzt für Musterkrankheiten<br>Musterstraße 1<br>22222 Musterstadt<br>Telefon 000 222222<br>Telefax 000 333333 |  |
| Bei Arbeitsunfähigkeit auszufüllen<br>Unfalltag:      Unfallbetrieb oder Arbeitsgeheimnummer:                                            |  | Abgabedatum n. der Apotheke:      Unterschrift des Arztes:                                                                               |  |
| 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:

- ☐ 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: 0 € · 3000 Stück: 0 € · 5000 Stück: 0 €

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

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|                                                                                           |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Betriebsstättennummer</b><br><b>Telefon-/Faxnummer</b><br><b>Datum/Ansprechpartner</b> | <b>Absender</b><br><br><br><br><br><br><br><br> |
| <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**