

Freigabe 07.05.2009

Antwort des Arztes für besondere Arzneimittel 71A an die Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung von _____ **haltigen Arzneimitteln**

Bitte Wirkstoff angeben

behandelnder Arzt

Name

Anschrift

Arzt für besondere Arzneimitteltherapie

Name

Anschrift

Folgeantrag

Positive Beurteilung

Negative Beurteilung

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Verbindliches Muster

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

