

Grippeimpfstoff Saison 2022/23 jetzt bestellen! Muster Anforderung Grippeimpfstoff

- **Muster Saisonbestellung 2022/23** über 100% des Saisonbedarfs - und auf mehrere Rezepte/Rezeptzeilen verteilt

<input type="checkbox"/> Gebühr frei <input type="checkbox"/> Geb.-pfl. <input type="checkbox"/> noctu <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD) Impfanforderung 02900 IK-Nummer 10 20 4049 9	<table border="1"> <tr> <td>BVG</td> <td>Hilfs- mittel</td> <td>Impf- stoff</td> <td>Spr.-St. Bedarf</td> <td>Begr.- Pflicht</td> <td>Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table> <p>Zuzahlung <input type="text"/> Brutto <input type="text"/></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</th> <th>Faktor</th> <th>Taxe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	6	7	8	9	8		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe	1. Verordnung			2. Verordnung			3. Verordnung		
BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK																					
6	7	8	9	8																						
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe																								
1. Verordnung																										
2. Verordnung																										
3. Verordnung																										

<input type="checkbox"/> aut idem <input type="checkbox"/> aut idem <input type="checkbox"/> aut idem	<p>Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grippeimpfstoffe 2022/2023 (für Erwachsene ab 18 Jahren oder Kinder unter 3 Jahren oder Schwangere) oder • Hochdosis-Grippeimpfstoffe 2022/2023 (für Erwachsene ab 60 Jahre) oder • Handelsname des gewünschten Impfstoffs tetravalent, nach SIR, ___ x 10er / ___ x 20er	Vertragsarztstempel BSNR Dr. med. Max Musterarzt Facharzt für Allgemeinmedizin Musterstraße 1 - 77777 Musterstadt Tel: 01234/4922 Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)
---	---	--

Bei Arbeitsunfall auszufüllen! in der Apotheke

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer
-----------	------------------------------------