

Formblatt Einreichung eKV: Fax an 089 / 46 269 4277

Hinweis: Bitte je Rezept ein Formblatt.

Kostenvoranschlag zur Genehmigung der Abgabe von Hilfsmitteln per ekvDialog.

Apotheke-IK: 30 _____

Apotheke Anschrift:
(Stempel)

Tel: _____

Fax: _____

Nr	Anzahl	PZN (8-stellig)	Hilfsmittel-Nr. (10-stellig)	Bezeichnung Hilfsmittel	Brutto / € (Inkl. MwSt)	ACTK / LEGS (7-stellig)	Produktbesonderheit (10-stellig)
1							
2							
3							

Versorgungszeitraum von _____ (TT.MM.JJJJ) bis _____ (TT.MM.JJJJ)

Rezept einfügen

Datum, Unterschrift: _____