

Wiegen Sie bitte **nur Muster-16-Rezepte ohne Rückläufer- oder ggf. Pflegehilfsmittel-Rezepte**

**narz** Rezept - Begleitformular

Monat : \_\_\_\_\_

**7500 +3107500+**  
**MUSTER-APOTHEKE**  
**BAUERLAND 3**  
**28259 BREMEN**

**12**  
**Bremen**



0303107500

Einlieferungsdatum : \_\_\_\_\_

**Ihre Angaben**

**vom NARZ geprüft**

Gewicht in Gramm

Sprechstundenbedarf Rezepte

Anz. Rezepte ab 500 Euro

Anz. nicht Muster 16 Belege

Rückläufer aus Vormonaten

Pflegehilfsmittel Rezepte

ANSG PKV-Selbsterklärung Belege

Angabe der Rezeptanzahl  
**inkl. >= 500-Euro-PC-  
Rezepte**

Angegeben werden  
hier nur Rezepte  
**mit Anhang**

Die Gesamtzahl der  
Rückläufer-Rezepte  
in den weißen und  
roten Umschlägen

Nur für Anlagen 2 + 4 bei Abrechnung nach §§ 78 und 105