



azh RezeptCheck
Abschaltung der Rezeptvorprüfung
(Bitte pro Verordnung ein Formular verwenden)

Bitte führen Sie für beigefügte Verordnung **keine Rezeptvorprüfung** im Rahmen des azh RezeptCheck durch.

Einlieferung vom: _____

Kasse: _____

Name Versicherter: _____

Ausstellungsdatum der Verordnung: _____

Absetzungen seitens des Kostenträgers infolge der Abschaltung der Rezeptvorprüfung für die beigefügte Verordnung sind vom Ausfallschutz des azh RezeptCheck ausgenommen.

_____ Datum _____ Stempel / Unterschrift
✂-----



azh RezeptCheck
Abschaltung der Rezeptvorprüfung
(Bitte pro Verordnung ein Formular verwenden)

Bitte führen Sie für beigefügte Verordnung **keine Rezeptvorprüfung** im Rahmen des azh RezeptCheck durch.

Einlieferung vom: _____

Kasse: _____

Name Versicherter: _____

Ausstellungsdatum der Verordnung: _____

Absetzungen seitens des Kostenträgers infolge der Abschaltung der Rezeptvorprüfung für die beigefügte Verordnung sind vom Ausfallschutz des azh RezeptCheck ausgenommen.

_____ Datum _____ Stempel / Unterschrift