

Krankenkasse:		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr. *	VK gültig bis	Datum

Verordnung für Heilmittel der Anthroposophischen Medizin

Gebühr
pflicht

Gebühr
befreit

*Vertragsarzt Nummer nur angeben, wenn nicht aus dem Arztstempel ersichtlich.

ggbs 1.2007

Anzahl und Art der Verordnung

Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland - GAÄD

Diagnose / Leitsymptomatik./ ICD 10 Hauptdiagnose

Ggfs. Therapievorschlag / Therapieziele

Weitere Angaben für den Therapeuten

.....
Unterschrift des behandelnden Arztes

Arztstempel *

--

