Anhang 2

Arzneimittelübersicht zum Medikations-Check der AOK Sachsen-Anhalt

KVNR:
Name ,Vorname:

Verordnungszeitraum:
BSNR des behandelnden Arztes:

Indikationsgruppe:

IK Verordner	VO Fachgruppe Arzt (Bez.)	Datum Verordnung	ATC Bezeichnung	Präparatename gemäß PZN	Packungsgröße	Darreichungsform	Norm Pkg.	Anzahl Verord.	Stück	Brutto