

Krankenkasse bzw. Kostenträger		TEIL I für die Apotheke zur Verrechnung	
Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten		BVG
Geb.-pfl.	Musterfrau, Anne 1		<input type="checkbox"/> 11 Apotheken-Nummer / IK
noctu	geb. am		+1904141+
Sonst.	14.10.1940		Zuzahlung
	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Gesamt-Brutto
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Pharmazentralnummer
			Verordnung
			1875255 9
		Datum	Faktor
		01.06.11 2	1
			Taxe
			10
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Arztstempel	
aut idem	Revlimid 5mg 5		Dr. med. M. Beispielmann Arzt für Onkologie Musterstr. 6, 52220 Musterstadt Tel: 12345/6789
	Hartkapseln 21 St. N1		
3	<input checked="" type="checkbox"/>	Alle Sicherheitsbestimmungen gemäß der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel werden eingehalten	7
	<input checked="" type="checkbox"/>	Dem/der Patient(in) wurde vor Beginn der Behandlung medizinisches Informationsmaterial entsprechend den Anforderungen der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel sowie die aktuelle Gebrauchsinformation des entsprechenden Fertigarzneimittels ausgehändigt	
	444 H	Abgabedatum in der Apotheke: 0 3 0 6 1 1	T-Rezeptnummer: T 1 2 3 4 5 6
4	<input checked="" type="checkbox"/>	Behandlung erfolgt innerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete (In-Label) 8	01.06.2011 Datum, <i>M. Beispielmann</i> Unterschrift des Arztes
	<input type="checkbox"/>	Behandlung erfolgt außerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete (Off-Label)	

Abbildung: Muster für ausgefülltes T-Rezept; Erläuterung zu den Nummern 1 bis 11 siehe Text (Quelle: BfArM)