



# Fax an die KV Hessen

**(0 69) 79 50 2-8946**

Bitte teilen Sie uns/mir mit, ob das nachstehend genannte Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig ist.

Arzneimittel	Verordnungsfähig?
1. _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2. _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

**Begründung zu 1:**

---

---

---

**Begründung zu 2:**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Faxnummer



Praxisstempel