

Ausfüllanleitung für Dauerverordnungen

Verwenden Sie bitte für Nr. 1 & 2
im unteren Teil des Rezepts
entweder die rosa oder die
weiße Fläche.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Soz.-St- Beitrag	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Kostenträger		6	7	8	9		+1234567+	
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
Mustermann Erika		6	2,00				20,00	
geb. am 01.01.1970		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe		
Musterstraße 11 12345 Bremen		7	XXXXXXXXXX	8	1	2000		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	2. Verordnung		3. Verordnung				
101234567	A123456789							
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	3. Verordnung		3. Verordnung				
012345678	987654321							
Datum	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel					
01.02.20	1. Verordnung		1. Genehmigung					
	2. z. B. Februar 2020		2. z. B. Februar 2020					
Abgabedatum		Unterschrift des Arztes						
010220		Muster 16 (10.2014)						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		1. Genehmigung						
Unfalltag		2. z. B. Februar 2020						
Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer								

- 1 Feld **Genehmigungsnummer**: Tragen Sie bitte, wenn vorhanden, die Genehmigungsnummer des Kostenträgers auf. Sie können die Nummer dem Genehmigungsschreiben des Kostenträgers entnehmen.
- 2 Feld **Versorgungsmonat**: Dieser ist bei Hilfsmitteln zum Verbrauch, Mieten und Pauschalen zwingend erforderlich. Angabe des Versorgungsmonats für den abzurechnenden Monat, z. B. Februar 2020.
- 3 Feld **Verordnung**: Prüfen Sie, ob der Arzt oder die Ärztin die Diagnose im Verordnungsteil vermerkt hat.
- 4 Feld **Abgabedatum**: Bitte passen Sie das Abgabedatum dem jeweiligen Versorgungsmonat an, z. B. Versorgungsmonat Februar 2020; Abgabedatum 01.02.20.
- 5 Feld **Empfangsbestätigung**: Auf der Rückseite muss der Kunde mittels seiner Unterschrift den Empfang des Hilfsmittels bestätigen.
- 6 Feld **Zuzahlung**: beträgt 10% des Gesamt-Brutto.
- 7 Feld **Arzneimittelnummer**: Angabe der Hilfsmittelpositionsnummer.
- 8 Feld **Faktor**: Die Anzahl des Faktors steht für die abzurechnenden Versorgungsmonate. Faktor 1 = 1 Monat.

Hinweis zur Abrechnung:

Die Ersteinreichung erfolgt mit der Originalverordnung. In den Folgemonaten sind Kopien zur Abrechnung einzureichen.

Der Versorgungszeitraum darf bei vielen Kassen nicht in der Zukunft liegen.