

Rezeptbedruckung Dauerverordnungen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
Kostenträger		6	7	8	9		+1234567+		
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto					
Mustermann		2,00		20,00					
Geb.- pfl.		geb. am		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.					
Erika		01.01.1970		1. Verordnung					
Musterstraße 11				00.00.00.0000					
12345 Bremen				Faktor					
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Taxe					
101234567		A123456789		1					
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		2. Verordnung					
012345678		987654321		3. Verordnung					
Datum		02.01.20		Vertragsarztsstempel					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)									
Dauerverordnung									
Versorgungszeitraum: 01.01. - 31.12.2020									
Versorgungsmonat: Januar 2020									
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes					
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer		Muster 16 (10.2014)					

Zuzahlung beträgt 10% des Gesamt-Brutto

Angabe der Hilfsmittelpositionsnummer

Die Anzahl des Faktors steht für die abzurechnenden Versorgungsmonate.

Faktor 1 = 1 Monat

Bitte passen Sie das Abgabedatum dem jeweiligen Versorgungsmonat an.
(z. B. Versorgungsmonat Februar 2020; Abgabedatum 01.02.20)

Angabe des Versorgungsmonats für den abzurechnenden Monat
(z. B. Januar 2020)

Hinweis zur Abrechnung:
Die Ersteinreichung erfolgt mit der Originalverordnung, in den Folgemonaten sind Kopien zur Abrechnung einzureichen.

Bitte beachten Sie, dass der Versorgungszeitraum bei vielen Kassen nicht in der Zukunft liegen darf.