

## Rezeptbedruckung bei der Abgabe von Wunscharzneimittel Sonder-PZN 02567024 und Faktor 7

|                                      |  |                                    |                  |                             |                         |  |                       |      |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|------------------|-----------------------------|-------------------------|--|-----------------------|------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger       |  | BVG                                | Hilfs-<br>mittel | Impf-<br>stoff              | Spez.-<br>St.<br>Bedarf | Begr.-<br>Pflicht                              | Apotheken-Nummer / IK |      |
| Kostenträger                         |  | 6                                  | 7                | 8                           | 9                       |  | +1234567+             |      |
| Name, Vorname des Versicherten       |  | Zuzahlung                          |                  | Gesamt-Brutto               |                         |  |                       |      |
| Mustermann                           |  | 5,00                               |                  | 20,00                       |                         |  |                       |      |
| Erika                                |  |                                    |                  |                             |                         |  |                       |      |
| geb. am                              |  |                                    |                  |                             |                         |  |                       |      |
| 01.01.1970                           |  |                                    |                  |                             |                         |  |                       |      |
| Musterstraße 11                      |  | Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.      |                  | Faktor                      |                         | Taxe   |                       |      |
| 12345 Bremen                         |  | 1. Verordnung                      |                  | 02567024                    |                         | 7  |                       | 11   |
|                                      |  | 2. Verordnung                      |                  | 01234567                    |                         | 1  |                       | 0    |
|                                      |  | 3. Verordnung                      |                  | 76543210                    |                         | 1  |                       | 2000 |
| Kostenträgerkennung                  |  | Versicherten-Nr.                   |                  | Status                      |                         |  |                       |      |
| 101234567                            |  | A123456789                         |                  | 100000                      |                         |  |                       |      |
| Betriebsstätten-Nr.                  |  | Arzt-Nr.                           |                  | Datum                       |                         |  |                       |      |
| 012345678                            |  | 987654321                          |                  | 01.10.20                    |                         |  |                       |      |
| Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) |  |                                    |                  |                             |                         | Vertragsarztstempel                            |                       |      |
| 1. Verordnung                        |  |                                    |                  |                             |                         |  |                       |      |
| 2. Verordnung                        |  |                                    |                  |                             |                         |  |                       |      |
| Bei Arbeitsunfall auszufüllen!       |  | 021020                             |                  | Abgabedatum in der Apotheke |                         | Unterschrift des Arztes<br>Muster 16 (10.2014) |                       |      |
| Unfalltag                            |  | Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer |                  |                             |                         |  |                       |      |

Das Rezept wird mit der Sonder-PZN 02567024 und Faktor „7“ bedruckt. Als Taxebetrag wird „0“ eingetragen.

Der Patient zahlt in der Apotheke den vollen Preis des Arzneimittels.

Anschließend erhält der Versicherte eine Kopie des bedruckten Originalrezeptes und die Quittung über den Arzneimittelkauf. Beides wird für die Kostenerstattung mit der Krankenkasse benötigt.

Das Originalrezept wird über NARZ/AVN abgerechnet. Die Apotheke erhält für den Bearbeitungsaufwand 0,50 € zzgl. Mehrwertsteuer je Rezept.

Die Gutschrift finden Sie im Abrechnungsnachweis der jeweiligen Monatsabrechnung.