

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			2. Verordnung		3. Verordnung				
101234567									
Versicherten-Nr.									
A123456789									
Status									
100000									
Betriebsstätten-Nr.									
012345678									
Arzt-Nr.									
987654321									
Datum									
01.02.20									
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel						
1. Verordnung			1 Genehmigungnummer						
2 z. B. Februar 2020			2 z. B. Februar 2020						
Abgabedatum			Unterschrift des Arztes						
010220			Muster 16 (10.2014)						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			1 Genehmigungnummer						
2 z. B. Februar 2020			2 z. B. Februar 2020						

- 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.