

Ausfüllanleitung

Covid-19 Impfstoffrezepte von Betriebsärzten, Ärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und Ärzten in Krankenhäusern

Bitte beachten Sie die
zusätzlichen Hinweise
auf der Folgeseite.

The form is titled 'Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)' and 'Name, Vorname des Versicherten'. It contains fields for 'COVID-19 Bestellung', 'Betriebsarzt, ÖDG, Krankenhaus', 'Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)', 'Versicherungsnummer', 'Personennummer', 'Arzt-Nr.', 'Datum', 'Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)', '12 Impfdosen Comirnaty', 'PKVr', 'Apothekenname, PLZ Ort¹', and 'Arztstempel/Unterschrift des Arztes'.

Numbered callouts on the form:

- 1: Apotheken-IK: +1234567+
- 2: Zuzahlung: 0,00 €
- 3: Gesamtbrutto: 35,78
- 4: Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.: 17377588
- 5: Faktor: 2
- 6: Taxe: 3578
- 7: Bezugsdatum: TTMMJJ
- 8: Betriebsstätten- und Arzt-Nr.: XXXXXXXX00

¹ Apothekenname, PLZ und Ort sind optional

Hinweis: Die Ärzte verordnen auf dem Formular (Muster-16 / oder blaues Rezept DIN-A6 quer) den Gesamtbedarf für Erst-/ Zweit- und Auffrischimpfungen. Eine Trennung ist nicht mehr erforderlich.

- 1 Feld **Apotheken-IK:** Apotheken-IK der abgebenden Apotheke.
- 2 Feld **Zuzahlung:** 0,00 €
- 3 Feld **Gesamtbrutto:** Summe der Einzeltaxen in Euro.
- 4 Feld **Arzneimittelnummer: BUND-PZN** des abgegebenen Impfstoffes
 - COMIRNATY 30 LP.8.1 BUND 1x2.25 ML PZN 20048581
 - COMIRNATY 10 LP.8.1 RTU BUND 1x2.25 ML PZN 20048658
 - COMIRNATY 3 LP.8.1 BUND 1x0.48 ML PZN 20048629
 - COMIRNATY 30 JN.1 BUND 1x2.25 ML PZN 19456398
 - COMIRNATY 30 KP.2 BUND 1x2.25 ML PZN 19514090
 - COMIRNATY 10 KP.2 RTU BUND 1x2.25 ML PZN 19514173
 - COMIRNATY 3 KP.2 BUND 1x0.48 ML PZN 19514144
- 5 Feld **Faktor:** Anzahl abgegebene Durchstechflaschen / Vials, max. 4-stellig.
- 7 Feld **Abgabedatum in der Apotheke:** Datum der Abgabe der Impfstoffe **an den Arzt.**
- 8 Feld **Betriebsstätten- und Arzt-Nr.:**
 - » Betriebsärzte: **111111100**
 - » Ärzten im ÖGD*: **666666600**
 - » Krankenhausärzte: **888888800**

*Bzw. von diesen beauftragten Ärzten und Impfzentren der Länder.

6 Feld **Taxe**: Aufzudruckende Taxe in brutto.

COMIRNATY 30 LP.8.1 BUND 1x2.25 ML	PZN 20048581
COMIRNATY 10 LP.8.1 RTU BUND 1x2.25 ML	PZN 20048658
COMIRNATY 3 LP.8.1 BUND 1x0.48 ML	PZN 20048629
COMIRNATY 30 JN.1 BUND 1x2.25 ML	PZN 19456398
COMIRNATY 30 KP.2 BUND 1x2.25 ML	PZN 19514090
COMIRNATY 10 KP.2 RTU BUND 1x2.25 ML	PZN 19514173
COMIRNATY 3 KP.2 BUND 1x0.48 ML	PZN 19514144

1789 * Faktor

Pro (Muster-16) Formular dürfen **maximal drei BUND-PZN** im Apothekenteil aufgedruckt werden. Wenn mehr als drei BUND-PZN für die Abrechnung der Vergütung benötigt werden, muss der Arzt ein weiteres Muster-16-Formular ausstellen.

9 EFN ist nur bei Betriebsärzten anzugeben.