

Ausfüllanleitung

Covid-19 Impfstoffrezepte von Vertragsärzten

Bitte beachten Sie die
zusätzlichen Hinweise
auf der Folgeseite.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG		Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)		6	7	X ¹	X ¹			1	+1234567+
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahlung		Gesamt-Brutto					
	SSB COVID-19	2		0,00		3		89,45	
noctu	geb. am	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe			
X ¹		4		17377588		5		2	
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		Status					
	103609999								
Unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum					
	8	123456789		8		123456789		TT.MM.JJ	
Arzt unf.	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								
	12 Impfdosen Comirnaty BioNTech								
aut idem	30 Impfdosen COVID-19-Vaccine AstraZeneca								
aut idem	666h								
	7		TTMMJJ		Abgabedatum in der Apotheke		Apothekenname, PLZ Ort ²		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!									
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebern timer							

¹ Optionale Kennzeichnung der Kreuzfelder Gebühr frei, Impfstoff und Spr.St.Bedarf

² 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.:** Die Angabe BSNR und LANR des verordnenden Arztes **123456789** ist nur ein **Platzhalter**. Vertragsärzte müssen hier ihre zugewiesene Betriebsstättennummer bzw. Arztnummer korrekt angeben.

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.