

Platzhalter für den Ausdruck
grünes Rezept

**Sachkostenformular (Medizinprodukte)
im Zusammenhang mit vertragsärztlichen Leistungen**

BSNR (Arzt)

EBM-GOP

Datum der Leistungserbringung/Neuverordnung

Unfallfolgen Arbeitsunfall BVG

Erklärung: Es werden nur die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung gestellt. Ggf. vom Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % werden an die Krankenkasse weitergegeben.

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Abtretungserklärung: Hiermit trete ich meine Abrechnungsansprüche gegen die Krankenkasse an den Lieferanten der verwendeten Medizinprodukte ab. Meine Haftung nach Vertragsarztrecht für die Richtigkeit der geltend gemachten Kosten bleibt durch die Rechnungslegung über einen Hersteller bzw. Lieferanten unberührt.

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Anlage

Ausfüllhilfe für die Versorgung mit Shuntventilen und Zubehör infolge Wegfalls der Produkte aus dem Hilfsmittelverzeichnis

Für die Bereitstellung und Abrechnung ist für teilnehmende Krankenkassen dieses Formulars zu verwenden.

Ablauf des Verfahrens:

1. Die Versorgung erfolgt, auch für notwendiges Zubehör, durch grünes Rezept (DIN A 4 Formular in den Drucker legen und mit Muster + Angaben bedrucken)
2. Ausdrucken des Rezeptes auf dem vorliegenden Sachkostenformular
3. Ausfüllen des Sachkostenformulars:
 - Angabe BSNR des Arztes
 - Angabe EBM-GOP
 - Angabe des Datums der Leistungserbringung/Neuverordnung
 - Angabe, wenn Unfallfolgen/ Arbeitsunfall/ BVG
4. Eigenerklärung unterzeichnen
5. Abtretungserklärung des Abrechnungsanspruchs gegenüber der Krankenkasse an den Lieferanten mittels Unterschrift abgeben
6. Übermittlung des Formulars als Bestellung an den Lieferanten
7. Lieferung erfolgt direkt an den Versicherten
8. Lieferant rechnet direkt mit teilnehmender Krankenkasse ab

Krankenkasse		Rezeptdatum	Abrechnungsnummer / IK	
Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Max		Gesamt-Brutto		
Musterstraße 1, 11111 Musterstadt		Anzahl / Mittelteil / Koppel-Nr.		
geb. am 1.1.1970		Folger		
123456789 BSNR		Tage		
123456789 LANR				
Date 01.01.2025				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)				
Produktname, Anzahl, ggf. PZN Produktname, Anzahl, ggf. PZN Produktname, Anzahl, ggf. PZN				
				Stempel
Dieses Rezept können Sie nicht zur Erstattung bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse einreichen.				Unterschrift des Arztes

1688 systemform MediaCard GmbH & Co. KG, Tel. 0 80 51 602-330, Fax 0 80 51 602-347