

# Sachkostenformular (Medizinprodukte) im Zusammenhang mit vertragsärztlichen Leistungen

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

1. Füllen Sie das Formular **vollständig** aus. (Rot gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder)  
Nutzen Sie hierzu die beiliegende Ausfüllhilfe.
2. **Unterzeichnen** Sie die Eigenerklärung und Abtretungserklärung.
3. Übermitteln Sie das Formulars als Bestellung an den Lieferanten.
4. Der Lieferant rechnet mit der teilnehmenden Krankenkasse ab und liefert direkt an den Versicherten.

|                                                                                                                           |  |                                           |                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|-----------------------|--|
|                                                                                                                           |  | Bezugsdatum                               | Apotheken-Nummer / IK |  |
|                                                                                                                           |  | Gesamt-Brutto                             |                       |  |
|                                                                                                                           |  | Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr. |                       |  |
|                                                                                                                           |  | Faktor                                    |                       |  |
|                                                                                                                           |  | Taxe                                      |                       |  |
|                                                                                                                           |  | Datum                                     |                       |  |
|                                                                                                                           |  |                                           |                       |  |
| <b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)                                                                               |  |                                           |                       |  |
|                                                                                                                           |  |                                           |                       |  |
| Dieses Rezept können Sie bei vielen gesetzl. Krankenkassen zur Voll- oder Tellerstattung als Satzungsleistung einreichen. |  |                                           |                       |  |
| Stempel und Unterschrift des Arztes<br>Unterschrift des Arztes                                                            |  |                                           |                       |  |

BSNR (Arzt):

EBM-GOP:

ICD10:

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

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

|                                                                                                                                                           |  |                    |                                   |  |                                           |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Krankenkasse (Pflichtfeld)                                                                                                                                |  |                    | Bezugsdatum                       |  | Apotheken-Nummer / IK                     |                                                     |
| Name, Vorname des Versicherten                                                                                                                            |  |                    |                                   |  |                                           |                                                     |
| Adresse Patient (Pflichtfeld)                                                                                                                             |  |                    | geb. am                           |  | Gesamt-Brutto                             |                                                     |
| Versicherungsnummer (Pflichtfeld)                                                                                                                         |  |                    | Geburtsstag Patient (Pflichtfeld) |  |                                           |                                                     |
|                                                                                                                                                           |  |                    |                                   |  |                                           |                                                     |
| BSNR (Pflichtfeld)                                                                                                                                        |  | LANR (Pflichtfeld) | Datum (Pflichtfeld)               |  | Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr. |                                                     |
|                                                                                                                                                           |  |                    |                                   |  | Faktor                                    |                                                     |
|                                                                                                                                                           |  |                    |                                   |  | Taxe                                      |                                                     |
|                                                                                                                                                           |  |                    |                                   |  |                                           |                                                     |
|                                                                                                                                                           |  |                    |                                   |  |                                           |                                                     |
|                                                                                                                                                           |  |                    |                                   |  |                                           |                                                     |
| <b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)<br>Produktname, Menge, ggf. PZN<br>Produktname, Menge, ggf. PZN<br>Produktname, Menge, ggf. PZN (Pflichtfeld) |  |                    |                                   |  |                                           |                                                     |
| Dieses Rezept können Sie bei vielen gesetzl. Krankenkassen zur Voll- oder Tellerstattung als Satzungsleistung einreichen.                                 |  |                    |                                   |  |                                           |                                                     |
|                                                                                                                                                           |  |                    |                                   |  |                                           | Stempel und Unterschrift<br>Unterschrift des Arztes |

BSNR (Arzt): BSNR Arzt (Pflichtfeld)

EBM-GOP: Nr. 09350 (Pflichtfeld)

ICD10: Z43.0 (Pflichtfeld)

Datum der Leistungserbringung/Neuverordnung:

Datum (Pflichtfeld)

Unfallfolgen

Arbeitsunfall

BVG