

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.
HINWEIS: Alle Felder in diesem Dokument können durch anklicken digital ausgefüllt werden.
2. **Unterzeichnen** Sie die Eigenerklärung und Abtretungserklärung.
3. Übermitteln Sie das Formular als Bestellung an den Lieferanten.
4. Der Lieferant rechnet mit der teilnehmenden Krankenkasse ab und liefert direkt an den Versicherten.

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