

# 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 Formulars als Bestellung an den Lieferanten.
4. Der Lieferant rechnet mit der teilnehmenden Krankenkasse ab und liefert direkt an den Versicherten.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p style="text-align: right;">geb. am</p> </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Bezugsdatum</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Faktor</td> <td style="padding: 2px;">Taxe</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> </td> <td style="padding: 2px;"> </td> <td style="padding: 2px;"> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> </td> <td style="padding: 2px;"> </td> <td style="padding: 2px;"> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> </td> <td style="padding: 2px;"> </td> <td style="padding: 2px;"> </td> </tr> </table>	Bezugsdatum	Apotheken-Nummer / IK	Gesamt-Brutto		Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.	Faktor	Taxe									
Bezugsdatum	Apotheken-Nummer / IK																
Gesamt-Brutto																	
Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.	Faktor	Taxe															
<p><b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)</p>																	
<p style="font-size: small;">Dieses Rezept können Sie bei vielen gesetzl. Krankenkassen zur Voll- oder Tellerstattung als Satzungsleistung einreichen.</p>																	

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 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		Gesamt-Brutto		
Adresse Patient (Pflichtfeld)	geb. am Geburtsstag Patient (Pflichtfeld)	Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.		
Versicherungsnummer (Pflichtfeld)		Faktor	Taxe	
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.

BSNR (Arzt):	BSNR Arzt (Pflichtfeld)	ICD10:	Z43.0 (Pflichtfeld)
EBM-GOP:	Nr. 09350	Datum der Leistungserbringung/Neuverordnung:	Datum (Pflichtfeld)
Unfallfolgen	Arbeitsunfall	BVG	