

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		geb. am	Bezugsdatum	Apotheken-Nummer / IK	
			Gesamt-Brutto		
		Datum	Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.	Faktor	Taxe
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)					
Dieses Rezept können Sie bei vielen gesetzl. Krankenkassen zur Voll- oder Tellerstattung als Satzungsleistung einreichen.					

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

Anlage

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

Krankenkasse (Pflichtfeld)				
Name, Vorname des Versicherten				
Adresse Patient (Pflichtfeld)		geb. am Geburtstag		
Versicherungsnummer (Pflichtfeld)		Patient (Pflichtfeld)		
BSNR (Pflichtfeld)	LANR (Pflichtfeld)	Datum (Pflichtfeld)	Gesamt-Brutto	
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)
EBM-GOP:	Nr. 09350
Datum der Leistungserbringung/Neuverordnung:	
Unfallfolgen	Arbeitsunfall
ICD10: Z43.0 (Pflichtfeld)	
Datum (Pflichtfeld)	
BVG	