

# Ausfüllhinweise Bestellung Covid-19-Impfstoffe

## Angepasste Variantenimpfstoffe zur Auffrischimpfung

- Das Versichertenfeld **bleibt frei**
  - falls dies technisch vom PVS-System nicht umsetzbar ist, kann beispielsweise der Eintrag „COVID-19-Impfstoff“ erfolgen.
- Die Felder – Gebühr frei
  - Impfstoff
  - Sprechstunden-Bedarf**werden nicht angekreuzt.**

Beispiel:

Freigabe 01.09.2014

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)</b>	<input type="checkbox"/> BVG	<input type="checkbox"/> Hilfs-mittel	<input type="checkbox"/> Impf-stoff	<input type="checkbox"/> Spr.-St.-Bedarf	<input type="checkbox"/> Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
<input type="checkbox"/> Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten	6	7	8	9		
<input type="checkbox"/> noctu		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
<input type="checkbox"/> Sonstige		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
<input type="checkbox"/> Unfall	Kostenträgerkennung <b>103609999</b>	Versicherten-Nr.		Status			
<input type="checkbox"/> Arbeits-unfall	Betriebsstätten-Nr. 481500300	Arzt-Nr. 1234567XX		Datum 06.09.2022			

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) Vertragsarztstempel

aut idem 48 Impfstoffdosen Comirnaty Orig./BA.1 plus Impfzubehör

aut idem 50 Impfstoffdosen Spikevax Orig./BA.1 plus Impfzubehör

aut idem

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer	481500300Y
-----------	--------------------------------------	------------

Anzahl Dosen Pro Vial:

- Comirnaty® Orig./BA.1 von BioNTech 6 Dosen pro Vial
- Spikevax® Orig./BA.1 von Moderna 5 Dosen pro Vial