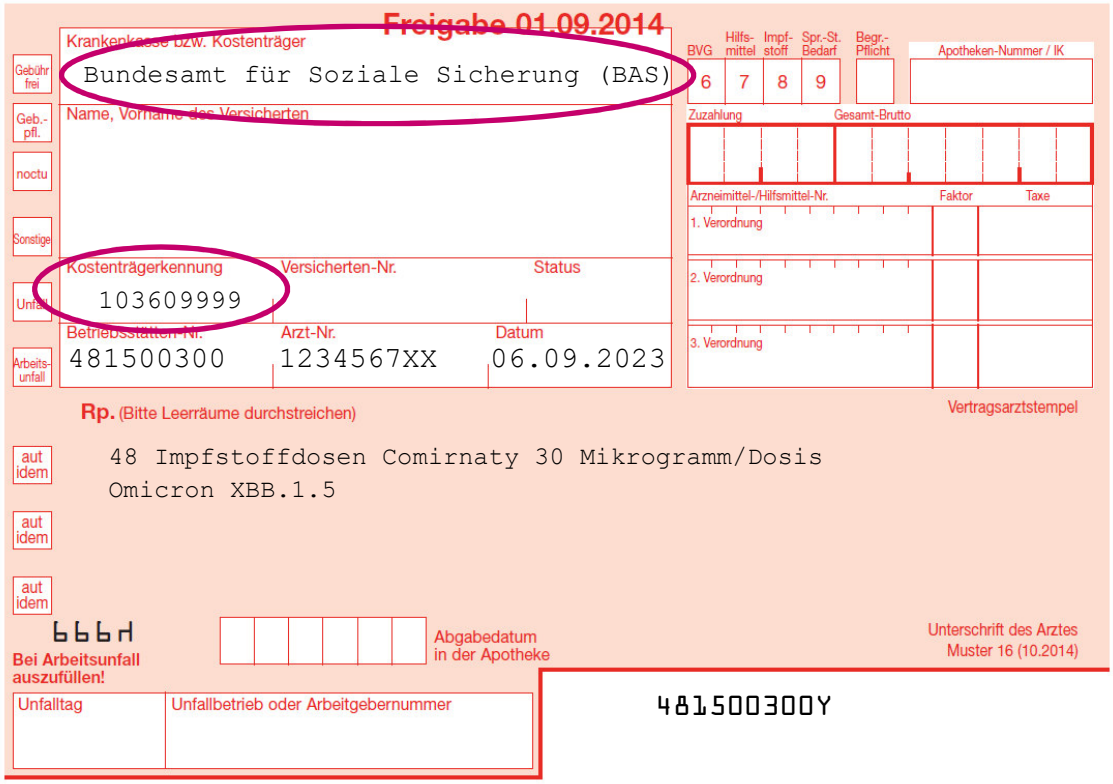
KVRLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Ausfüllhinweise Bestellung Covid-19-Impfstoffe – Angepasster Variantenimpfstoff zur Grundimmunisierung und Auffrischimpfung für Personen ab 12 Jahren (gesetzlich **und** privat Versicherte) **Omicron XBB.1.5**

- Das Versichertenfeld **bleibt frei**
  - falls technisch vom PVS-System nicht umsetzbar, Alternativ-Eintrag möglich Beispiel: „COVID-19-Impfstoff“
- Die Felder – Gebühr frei
  – Impfstoff
  – Sprechstunden-Bedarf **nicht ankreuzen**
- **Der Impfstoff Comirnaty wird als Fertiglösung geliefert.**
  ➔ Keine Rekonstitution (Verdünnung mit NaCl) erforderlich.
- **Impfzubehör separat in der Apotheke zulasten der Praxis bestellen (siehe Liste)**

Beispiel:


Freigabe 01.09.2014
Krankenkasse bzw. Kostenträger
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)
Name, Vorname des Versicherten
Kostenträgerkennung 103609999
Versicherten-Nr.
Status
Betriebsstätten-Nr. 481500300
Arzt-Nr. 1234567XX
Datum 06.09.2023
BVG 6 | Hilfsmittel 7 | Impfstoff 8 | Spr.-St. Bedarf 9 | Begr.-Pflicht
Apotheken-Nummer / IK
Zuzahlung
Gesamt-Brutto
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.
Faktor
Taxe
1. Verordnung
2. Verordnung
3. Verordnung
Gebühr frei
Geb.-pfl.
noctu
Sonstige
Unfall
Arbeitsunfall
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
Vertragsarztstempel
aut idem
48 Impfstoffdosen Comirnaty 30 Mikrogramm/Dosis
Omicron XBB.1.5
aut idem
aut idem
6666
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!
Abgabedatum in der Apotheke
Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)
Unfalltag
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
481500300Y

Anzahl Dosen pro Vial (graue Kappe):

- Comirnaty® 30 Mikrogramm/Dosis Omicron XBB.1.5 von BioNTech 6 Dosen pro Vial