

Ausfüllhinweise Bestellung Covid-19-Impfstoff

- Kostenträger: **BAS**, für gesetzlich und privat versicherte Personen
- 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“ **nicht kennzeichnen**.
- **Impfzubehör separat** in der Apotheke zulasten der Praxis bestellen (siehe Liste).

Beispiel:

Freigabe 01.09.2014

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)	<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	Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
<input type="checkbox"/> noctu		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe		
<input type="checkbox"/> Sonstige	Kostenträgerkennung 103609999	1. Verordnung					
<input type="checkbox"/> Unfall	Versicherten-Nr.	2. Verordnung					
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr. 481500300	Arzt-Nr. 1234567XX	Datum 18.10.2024	3. Verordnung			

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut
idem 12 Impfstoffdosen Comirnaty Erwachsene JN.1

aut
idem 12 Impfstoffdosen Comirnaty Erwachsene KP.2

aut
idem **6667**

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer
-----------	--------------------------------------

481500300Y

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Vertragsarztstempel