

Bedruckungsanleitung für das Rezept zur Bestellung von H1N1-Impfstoff

Verwendet wird ein Arzneverordnungsblatt (Vordruckvereinbarung – Muster 16), das Sie bitte entsprechend dem unten stehenden Muster ausfüllen: Dazu legen Sie im Ersatzverfahren einen Patienten in der Praxis-EDV an und füllen die Felder, wie im Beispiel dargestellt, folgendermaßen aus (sollte Ihr System bei der Anlage des Kostenträgers eine VKNR erwarten, so tragen Sie bitte „40999“ ein):

Kostenträger: „**Impffonds Hessen**“ (kann ggf. in der Praxissoftware hinterlegt werden)

Namensfeld: „**H1N1-Impfstoffverordnung**“ eintragen (statt Versichertenangaben)

Kassennummer: **5 3 1 3 5 6 6** (Institutionskennzeichen (IK) des Impffonds Hessen; kann ggf. in der Praxissoftware hinterlegt werden)

VKNR: Falls erforderlich: **4 0 9 9 9**

Verordnungszeile 1: Anzahl der verordneten Impfdosen / Bestellmenge
(kann handschriftlich eingetragen werden, z. B. **10 x H1N1-Impfstoff**).

Abschließend Betriebsstätten-Nr. / Arzt-Nr. / Datum bitte wie üblich aus dem System übernehmen und das Rezept mit Vertragsarztstempel bzw. Aufdruck und Unterschrift versehen. Die Bestellung bei der Lieferapotheke kann per Fax erfolgen. Das Original wird bei Auslieferung des Impfstoffs übergeben.

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger Impffonds Hessen	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Hilfs- mittel</td> <td style="text-align: center;">Impf- stoff</td> <td style="text-align: center;">Spr.-St. Bedarf</td> <td style="text-align: center;">Begr.- Pflicht</td> <td style="text-align: center;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	6	7	8	9	
Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK								
6	7	8	9									
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten H1 N1 Impfstoffverordnung	geb. am										
noctu												
Sonstige												
Unfall	Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status IK-Nr. d. Fonds											
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum											
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)	Vertragsarztstempel										
aut idem	10 x H 1 N 1 Impfstoff	Dr. Hilde Ärztin Musterstraße 5 55555 Musterstadt Tel. Nr. xxxxxxxxxxxx KV - Nr.: xxxxxxxxxxxx										
aut idem	Ärztliche Verordnung (mit Anzahl der Impfdosen)											
aut idem	6667											
	Abgabedatum in der Apotheke											
	Bei Arbeitsunfall auszufüllen!	Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)										
	Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer										