

# Ausfüllanleitung für Dauerverordnungen der BARMER

Verwenden Sie bitte für Nr. 1 & 2  
im unteren Teil des Rezepts  
entweder die rosa oder die  
weiße Fläche.

Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfs- mittel	Impf- stuf	Spr- St- bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Kostenträger			6	7	8	9		+1234567+	
Geb.- pl.	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
noctu	Mustermann		6	2,00					20,00
Sonstige	Erika		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe		
	geb. am		7	XXXXXXXXXXXX	8	1	2000		
	12345 Bremen		2. Verordnung		3. Verordnung				
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status						
Unfall	101234567	A123456789	100000						
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum						
	012345678	987654321	01.02.20						
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel						
aut idem	3 1. Verordnung		1 Genehmigungnummer						
aut idem	2 z. B. Februar 2020								
aut idem	4 010220		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			1 Genehmigungnummer						
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer		2 z. B. Februar 2020						

- Feld Genehmigungnummer:** Auch wenn eine vertragliche Regelung besteht, ist eine Genehmigung seitens der BARMER erforderlich. Die Genehmigungsnummer ist auf der Vorderseite der Original-Verordnung sowie auf den Kopien aufzutragen. Die Genehmigungsnummer der BARMER beginnt immer mit BB, gefolgt von 10 Ziffern. Bitte beachten Sie, dass dies sonst zu einer Retaxation führen kann.
- Feld Versorgungsmonat:** Dieser ist bei Hilfsmitteln zum Verbrauch, Mieten und Pauschalen zwingend erforderlich. Angabe des Versorgungsmonats für den abzurechnenden Monat, z. B. Februar 2020.
- Feld Verordnung:** Prüfen Sie, ob der Arzt oder die Ärztin die Diagnose im Verordnungsteil vermerkt hat.
- Feld Abgabedatum:** Bitte passen Sie das Abgabedatum dem jeweiligen Versorgungsmonat an, z. B. Versorgungsmonat Februar 2020; Abgabedatum 01.02.20.
- Feld Empfangsbestätigung:** Auf der Rückseite muss der Kunde mittels seiner Unterschrift den Empfang des Hilfsmittels bestätigen.
- Feld Zuzahlung:** beträgt 10% des Gesamt-Brutto.
- Feld Arzneimittelnummer:** Angabe der Hilfsmittelpositionsnummer.
- Feld Faktor:** Die Anzahl des Faktors steht für die abzurechnenden Versorgungsmonate. Faktor 1 = 1 Monat.
- Feld Taxe:** Aufzudruckende Taxe in brutto.

## Hinweis zur Abrechnung:

Die Ersteinreichung erfolgt mit der Originalverordnung. In den Folgemonaten sind Kopien zur Abrechnung einzureichen.

Der Versorgungszeitraum darf bei vielen Kassen nicht in der Zukunft liegen.