

# Ausfüllanleitung

## bei der Abgabe von Wunscharzneimittel

**Sonder-PZN  
02567024 &  
Faktor 7**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stättl	Spr-St Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Gebühr frei Kostenträger		6	7	8	9		+1234567+	
Geb.- pfl. Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
Mustermann		5,00		20,00				
noctu Erika		Arznei-Preis-Beitrag		Faktor		Taxe		
geb. am 01.01.1970		1. Verordnung		02567024		7		11 0
Musterstraße 11		2. Verordnung		01234567		1		0
12345 Bremen		3. Verordnung		76543210		1		2000
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status				
Unfall 101234567		A123456789		100000				
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum				
Arbeits- unfall 012345678		987654321		01.10.20				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel						
aut idem 1. Verordnung								
aut idem 2. Verordnung								
aut idem bbb		021020		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!								
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer						

Das Rezept wird mit der Sonder-PZN 02567024 und Faktor „7“ bedruckt. Als Taxebetrag wird „0“ eingetragen.

Der Patient zahlt in der Apotheke den vollen Preis des Arzneimittels.

Anschließend erhält der Versicherte eine Kopie des bedruckten Originalrezeptes und die Quittung über den Arzneimittelkauf. Beides wird für die Kosten-erstattung mit der Krankenkasse benötigt.

Das Originalrezept wird über NARZ/AVN abgerechnet. Die Apotheke erhält für den Bearbeitungsaufwand 0,50 € zzgl. Mehrwertsteuer je Rezept.

Die Gutschrift finden Sie im Abrechnungsnachweis der jeweiligen Monats-abrechnung.