

Zur Verordnung von Sprechstundenbedarf sind bestimmte Rezeptangaben notwendig. Welche Produkte als Sprechstundenbedarf verordnet werden können, ist in den Sprechstundenbedarfsverordnungen der jeweiligen Bundesländer einsehbar. Wir haben Ihnen dieses als Verordnungsbeispiel vorbereitet. **Bitte beachten Sie, dass eine Belieferung erst nach Rezepteingang bei uns erfolgen kann.**

<input type="checkbox"/> Gebühr frei <input type="checkbox"/> Geb.-pfl. <input type="checkbox"/> noctu <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger Krankenkasse / Versicherung		BVG <input type="checkbox"/> Hilfs- <input type="checkbox"/> Impf- <input type="checkbox"/> Spr.-St. <input type="checkbox"/> Begr.- <input type="checkbox"/> mittel stoff Bedarf Pflicht		Apotheken-Nummer / IK
	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto
	Sprechstundenbedarf		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor
	Kassen-Nr. 1234567	Versicherten-Nr.	Status	1. Verordnung	
	Betriebsstätten-Nr. 1234	Arzt-Nr. 56789	Datum akt. Datum	2. Verordnung	
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel		
aut. idem z.B. 10 x suprapubische Katheter, Ch. 14 aut. idem PZN12345678 aut. idem			Arztstempel mit Unterschrift		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Unfalltag: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Abgabedatum in der Apotheke: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)		

Für die Abrechnung des Sprechstundenbedarfes ist die Vollständigkeit der Angaben zu gewährleisten. Bitte geben Sie unbedingt folgende Angaben an:

- **Bezeichnung des Kostenträgers**
- **Kassen-Nummer, Betriebsstättennummer (BSNR) und lebenslang gültige Arztnummer (LARN)**
- **Ausstellungsdatum des Rezeptes**
- **Kennziffer 9 - Sprechstundenbedarf -**
- **Anzahl der erforderlichen Produkte, z.B.**

10 x suprapubische Katheter, Ch. 14 PZN12345678

Senden Sie uns diese bitte schnellstmöglich zu, da eine Abrechnung mit den Krankenkassen spätestens im Folgequartal nach Rezept-Ausstellungsdatum erfolgen muss.

Bei Fragen steht Ihnen das MPF-Team im Innen- und Außendienst gerne jederzeit zur Verfügung.