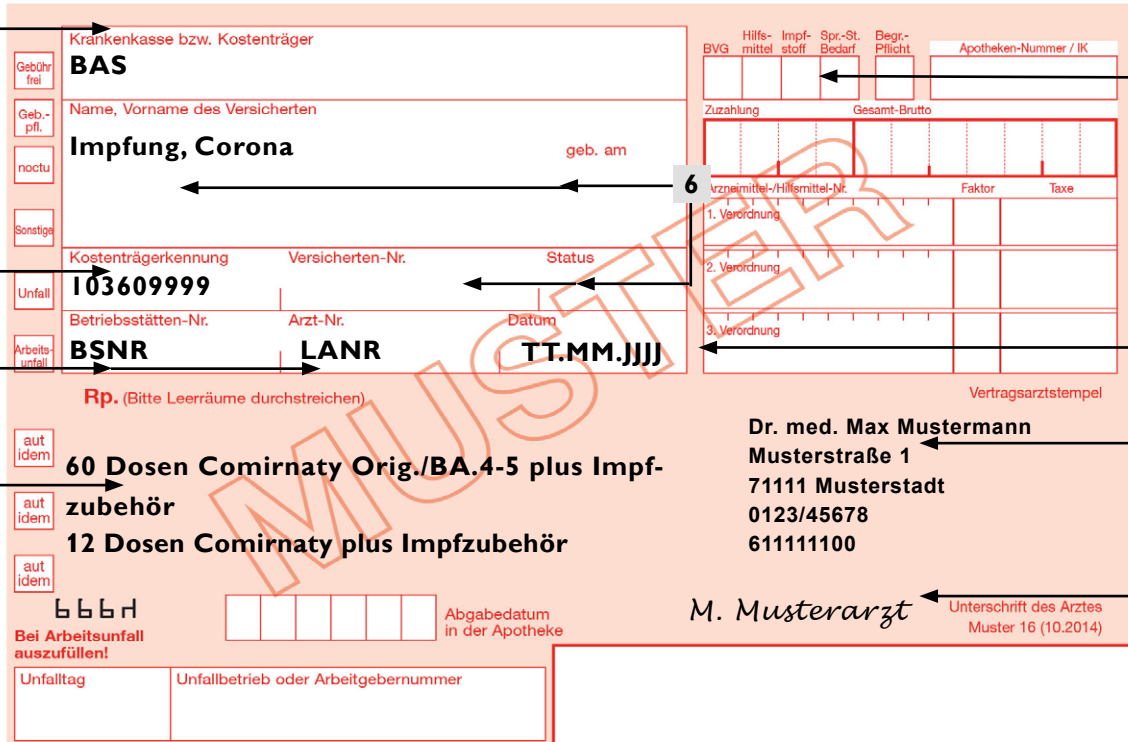


Impfstoff-Rezept COVID-19 Ausfüllhilfe



1 Krankenkasse bzw. Kostenträger
Gebühr frei **BAS**
Name, Vorname des Versicherten
Impfung, Corona geb. am
Kostenträgerkennung **103609999** Versicherten-Nr. Status
2 Betriebsstätten-Nr. **BSNR** Arzt-Nr. **LANR** Datum **TT.MM.JJJJ**
3 Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
4 **60 Dosen Comirnaty Orig./BA.4-5 plus Impfzubehör**
5 **12 Dosen Comirnaty plus Impfzubehör**
Abgabedatum in der Apotheke
Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer
6 **Dr. med. Max Mustermann**
Musterstraße 1
71111 Musterstadt
0123/45678
611111100
7 **M. Musterarzt**
Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

- 1** Kostenträgerkennung: IK-Nummer 103609999 des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS)
- 2** Betriebsstättennummer (BSNR) & Arztnummer (LANR)
- 3** Ausstellungsdatum
- 4** Bestellte Menge COVID-19-Impfstoffdosen Produktname & Zubehör
- 5** Arztstempel & Arztunterschrift
- 6** Je nach Praxissoftware ggf. Dummy-Patient anlegen. Falls Ihre Software vollständige Angaben benötigt, geben Sie ein fiktives Geburtsdatum (z. B. 01.01.2021), Status „Mitglied“ und als Anschrift Ihre Praxisanschrift ein.
- 7** Keine Kennzeichnung der Felder „Gebührenfrei“, „Impfstoff“ oder „Sprechstundenbedarf“ erforderlich.

Die Impfstoffbestellung erfolgt auf Formular Muster 16 einheitlich für GKV- und für Nicht-GKV-Versicherte (Privatversicherte, Selektivpatienten und Sonstige Kostenträger).

Impfstoffspezifische Bestellung **mit Produktname** einschließlich des Impfzubehörs. Z. B. „60 Dosen Comirnaty Orig./BA.4-5 plus Impfzubehör und 12 Dosen Comirnaty plus Impfzubehör.“

Hinweis: Eine Trennung nach Erst-, Zweit- oder Auffrischimpfungen ist nicht nötig.