

# Übersicht für die Apotheke: So bedrucken Sie das Rezeptformular richtig



Apotheken-Rechen-Zentrum GmbH  
Ein Unternehmen der ARZ Darmstadt Gruppe

## Pharmazentralnummer (PZN)

- ▶ Nur gültige PZN
- ▶ 10-stellige Hilfsmittelnummern
- ▶ Gültige Sonder-PZN
- ▶ Reihenfolge gemäß Verordnung

## noctu angekreuzt

- ▶ Im Anschluss an die verordneten Mittel die Notdienstgebühr mit der Sonder-PZN 2567018 eintragen
- ▶ Falls durch die Notdienstgebühr mehr als drei PZN aufgedruckt werden müssen, wird die Notdienstgebühr nur dem Bruttobetrag hinzu addiert

## Abgabedatum / Apothekenangaben

- ▶ Datumsformat: TTMMJJ (ohne Trennpunkte)
- ▶ Lieferfristen gemäß gültiger Vertragslage
- ▶ Abgabedatum nicht vor dem Verordnungsdatum
- ▶ Apothekenangaben rechts neben dem Abgabedatum

## Zuzahlung

- ▶ Summe der Zuzahlungen mit zwei Nachkommastellen
- ▶ Bei Patienten, die von der Zuzahlung befreit sind, ist eine Null einzutragen

## Transaktionsnummer

- ▶ Sonderkennzeichen, z.B. bei parent. Zubereitungen
- ▶ 9 stellig

## Apotheken-Nr. / Institutionskennzeichen (IK)

- ▶ 7-stellig, ohne führende 30
- ▶ Mit einem „+“ davor und dahinter

## Gesamt-Brutto

- ▶ Summe der Einzeltaxen mit zwei Nachkommastellen
- ▶ Ohne Punkt bei Beträgen über 1000 €

## Einzeltaxe

- ▶ Ohne Komma und Punkt in Cent
- ▶ Glatte Euro-Beträge sind mit zwei Nullen für Cent aufzufüllen (Beispiel: 3008,- € = 300800)
- ▶ Betrag < 1 Euro: nur den Cent-Betrag drucken
- ▶ Abgabe mehrerer Packungen (Faktor > 1): den mit dem Faktor multiplizierten Preis eintragen

## Faktor

- ▶ Die Zahl der abzurechnenden Packungen (soweit in der technischen Anlage 1 nichts anderes bestimmt ist)
- ▶ Auch der Faktor 1 muss gedruckt werden
- ▶ Bei Abrechnung nach § 302 (HiMi) Stückzahl angeben

## Wichtig – das sollten Sie beachten

- ▶ Nur schwarze(n) Farbbänder/Tinte/Toner verwenden. Grauer Druck – bei nachlassendem Farbband – oder in einer anderen Farbe, ist nicht zulässig
- ▶ Die äußeren Feldbegrenzungen einhalten



## Unsere Hotline ist für Sie da

- ▶ Telefon: 06151 7002-127, -220, -238
- ▶ E-Mail: hotline@arz-darmstadt.de
- ▶ Mo - Fr 8 - 16 Uhr

Trotz sorgfältiger Recherche übernehmen wir für die Richtigkeit der Angaben keine Gewähr. Wir bitten um Ihr Verständnis. Stand: 05.2011

# Übersicht für die Apotheke: Hinweise zur Rezeptbedruckung durch den Arzt



Apotheken-Rechen-Zentrum GmbH  
Ein Unternehmen der ARZ Darmstadt Gruppe

## Versichertennummer

- ▶ Falls nicht angegeben: Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten müssen angegeben sein

## Name und Vorname des Versicherten

- ▶ Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln muss beides angegeben sein.
- ▶ Bei BTM-Rezepten (gelb) muss zusätzlich die Anschrift des Patienten angegeben sein.

## Kassen-Nummer

- ▶ Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse

## Gebührenfrei angekreuzt

- ▶ Der Patient muss keine Zuzahlung leisten

## Gebührenpflichtig angekreuzt

- ▶ Der Patient muss eine Zuzahlung leisten

## noctu angekreuzt

- ▶ Krankenkasse übernimmt die Notdienst-Gebühr

## Unfall/Arbeitsunfall

- ▶ Bei Unfall ankreuzen

## Betriebsstätten-Nummer

- ▶ 9-stellige Nummer, besteht aus der bisherigen Arzt-Nummer zzgl. 8. und 9. Stelle.
- ▶ Bei Zahnärzten bleibt alles wie bisher

The form contains the following fields and checkboxes:

- Bezeichnung des Kostenträgers:** Krankenkasse bzw. Kostenträger
- Name, Vorname des Versicherten:** Mustermann Sabine, Beispielweg 1, 12345 Stadt
- geb. am:** 01.04.1970
- Kassen-Nr.:** 1234567
- Versicherten-Nr.:** 12345678
- Status:** 1000 1
- Betriebsstätten-Nr.:** 123456789
- Arzt-Nr.:** 123456789
- Datum:** 26.04.2011
- Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen):** Cotri ....., Granise ....., 2x! Temozo .....
- bbbr:** 280411
- Abgabedatum in der Apotheke:** Muster-Apotheke, Ort
- Unterschrift des Arztes:** Muster 16 (7.2008)
- Unfalltag:** TT.MM.JJJJ
- Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer:** Firma bzw. AG-Nr.
- 12345674** (Contract stamp)

## Kostenträger

- ▶ Eindeutige und vollständige Angabe eines gültigen Kostenträgers

## Geburtsdatum des Patienten

- ▶ Geburtsdatum muss angegeben sein falls Versichertennummer fehlt
- ▶ Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln: das Geburtsdatum des Patienten muss angegeben sein

## Versichertenkarte gültig bis

- ▶ Gültigkeitsdauer (MM/JJ) der Versichertenkarte wird unterhalb des Geburtsdatums angegeben

## Status

- ▶ Wenn erforderlich ankreuzen

## Begründungspflicht

- ▶ Kennzeichnung zahnärztlicher Verordnungen

## Versichertenstatus

## Verordnungsdatum (Ausstellungsdatum)

## Arztstempel und Arztunterschrift

- ▶ Beides muss vorhanden sein

## Codiernummer

- ▶ Die Betriebsstätten-Nr. wird maschinenlesbar in codierter Form wiederholt

Trotz sorgfältiger Recherche übernehmen wir für die Richtigkeit der Angaben keine Gewähr. Wir bitten um Ihr Verständnis. Stand: 04.2011

# Checkliste für die Apotheke: Die Angaben auf dem Rezeptformular



Apotheken-Rechen-Zentrum GmbH  
Ein Unternehmen der ARZ Darmstadt Gruppe

Achten Sie darauf, dass die folgenden Angaben auf dem Rezept vorhanden sind. Dann steht einer **schnellen Bearbeitung im ARZ** nichts im Wege.

## Diese Angaben erfolgen durch die Arztpraxis

- ✓ Versichertennummer und/oder Patientendaten
- ✓ Bezeichnung des Kostenträgers und/oder Kassen-IK
- ✓ Patientenstatus und/oder Statuskreuz
- ✓ Zuzahlung: gebührenfrei oder gebührenpflichtig angekreuzt
- ✓ ggfs. Ankreuzen des noctu-Feldes
- ✓ ggfs. Ankreuzen des Unfall-/Arbeitsunfall-Feldes
- ✓ ggfs. Ankreuzen des aut idem-Feldes
- ✓ Arztadresse (Stempel)
- ✓ Betriebsstättennummer
- ✓ Lebenslange Arztnummer
- ✓ Verordnete Medikamente/Hilfsmittel
- ✓ Ausstellungsdatum
- ✓ Unterschrift des Arztes

## Diese Angaben erfolgen durch die Apotheke

- ✓ Institutionskennzeichen (IK)
- ✓ ggfs. Transaktionsnummer
- ✓ Zuzahlung
- ✓ Gesamtbrutto
- ✓ Pharmazentralnummer (PZN)/HiMi-Nummer
- ✓ Faktor
- ✓ Einzeltaxe
- ✓ Abgabedatum der Apotheke
- ✓ Bezeichnung der Apotheke, Ort

Sie können **Retaxationen vermeiden**, wenn Sie Formfehlern auf dem Rezeptblatt konsequent entgegenwirken.

## Überprüfen Sie diese Punkte:

- ✓ **Ausstellungsdatum**
- ✓ **Unterschrift des Arztes**
- ✓ **Arztadresse (Stempel)**
- ✓ **Abgabedatum der Apotheke**
- ✓ **Eindeutige Bezeichnung des Kostenträgers**  
der angegebene Kostenträger ist zur Zahlung verpflichtet, Änderungen vom Arzt gegenzeichnen lassen
- ✓ **Sozialämter**  
Stadt, Landkreis, Bezirk
- ✓ **Bundeswehr**  
Dienstgrad, Truppenteil, Standort
- ✓ **Berufsgenossenschaft (BG)**  
Unfalltag, Unfallbetrieb/Arbeitgebernummer
- ✓ **PC-Verordnung**  
insb. Zahnarzt-PC, Kostenträger ggfs. ergänzen
- ✓ **Versichertennummer und/oder Patientendaten**  
mit Name, Vorname, Anschrift und Geburtstag des Patienten
- ✓ **Gültigkeit**  
GKV-Rezept: 1 Monat nach Ausstellung  
Hilfsmittelrezept: 28 Tage  
(ggfs. abweichende Regelung siehe Liefervertrag)  
BtM-Rezept: 7 Tage  
Privatrezept: 3 Monate

► **Beanstandungsfristen der Kostenträger**  
Zwischen 6 und 18 Monaten, entsprechend den Lieferverträgen

## Wichtig – das sollten Sie beachten

- Nur schwarze(n) Farbbänder/Tinte/Toner verwenden. Grauer Druck – bei nachlassendem Farbband – oder in einer anderen Farbe, ist nicht zulässig.
- Die äußeren Feldbegrenzungen einhalten



## Unsere Hotline ist für Sie da

- Telefon: 06151 7002-127, -220, -238
- E-Mail: [hotline@arz-darmstadt.de](mailto:hotline@arz-darmstadt.de)
- Mo - Fr 8 - 16 Uhr

Trotz sorgfältiger Recherche übernehmen wir für die Richtigkeit der Angaben keine Gewähr. Wir bitten um Ihr Verständnis. Stand: 05.2011