

Vorderseite T-Rezept Teil I

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 15%;"> <input type="checkbox"/> Gebühr frei <input type="checkbox"/> Geb.-pfl. <input type="checkbox"/> noctu. <input type="checkbox"/> Sonst. </div> <div style="width: 85%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> </div> </div>		Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">TEIL I für die Apotheke zur Verrechnung</th> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">BVG</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Zuzahlung</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Pharmazentralnummer</td> <td>Faktor</td> <td>Staxe</td> </tr> <tr> <td>Verordnung</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	TEIL I für die Apotheke zur Verrechnung			BVG	Apotheken-Nummer / IK		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		Zuzahlung	Gesamt-Brutto		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pharmazentralnummer	Faktor	Staxe	Verordnung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																												
Name, Vorname des Versicherten																																												
		geb. am																																										
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																										
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																										
TEIL I für die Apotheke zur Verrechnung																																												
BVG	Apotheken-Nummer / IK																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																											
Zuzahlung	Gesamt-Brutto																																											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																										
Pharmazentralnummer	Faktor	Staxe																																										
Verordnung	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																										
<p>Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</p>		<p>Arztstempel</p>																																										
<input type="checkbox"/> aut kleim <input type="checkbox"/> Alle Sicherheitsbestimmungen gemäß der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel werden eingehalten <input type="checkbox"/> Der Patientin bzw. dem Patienten wurde vor Beginn der Behandlung medizinisches Informationsmaterial gemäß den Anforderungen der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel ausgehändigt		<p>444 <input type="checkbox"/> Abgabedatum in der Apotheke: <input type="text"/></p> <p>T-Rezeptnummer: <input type="text" value="T 0 1 2 3 4 5 6"/></p> <p style="text-align: right;">Unterschrift des Arztes _____</p>																																										
<input type="checkbox"/> Behandlung erfolgt innerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete (In-Label) <input type="checkbox"/> Behandlung erfolgt außerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete (Off-Label)																																												

Rückseite T-Rezept Teil I

Vermerke der Krankenkasse

Stempel der Apotheke

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 Euro) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk noctu anbringt.

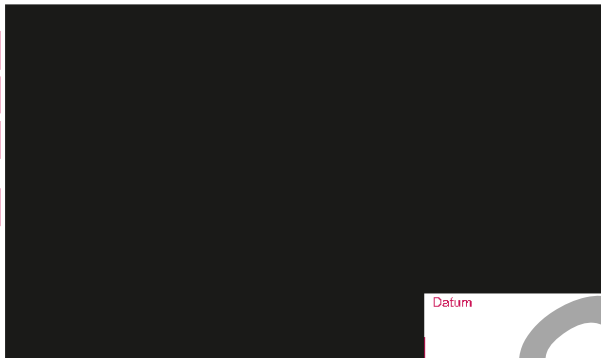
Vorderseite T-Rezept Teil II

Gebühr
frei

Geb.-
pfl.

noctu

Sonst.



Datum

TEIL II für das BfArM

BVG T-Rezeptnummer Apotheken-Nummer / IK

T 0 1 2 3 4 5 6

Zuzahlung		Gesamt-Brutto	
Pharmazentralnummer		Faktor	Taxe
Verordnung			

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Arztstempel

aut
idem

- Alle Sicherheitsbestimmungen gemäß der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel werden eingehalten
- Der Patientin bzw. dem Patienten wurde vor Beginn der Behandlung medizinisches Informationsmaterial gemäß den Anforderungen der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel ausgehändigt

444 H

Abgabedatum
in der Apotheke:

--	--	--	--	--	--	--	--

T-Rezeptnummer:

T 0 1 2 3 4 5 6

Unterschrift des Arztes

- Behandlung erfolgt innerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete (In-Label)
- Behandlung erfolgt außerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete (Off-Label)

Rückseite T-Rezept Teil II

Zur Versendung an das
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte:

Stempel der Apotheke

Bundesinstitut für Arzneimittel
und Medizinprodukte
T-Register
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
53175 Bonn

Muster