

Überweisungen erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt, das aufgrund des Bundesmantelvertrages-Ärzte vereinbart wird. Dabei ist der Grund der Überweisung, der Name des Versicherten oder die Versichertennummer, der Name des Vertragszahnarztes und seine Anschrift anzugeben. Überweisungen können individuell mittels EDV erstellt werden. (vgl. Anlage 1, Nr. 2.3, BMV-Z)

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
				6	7	8	9		
Geb.-pft.	Name, Vorname des Versicherten			Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
noctu	geb. am								
Sonstige	Kostenträgerkennung			Versicherten-Nr.		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			
Unfall	Betriebsstätten-Nr.			Arzt-Nr.		1. Verordnung			
Arbeitsunfall	Datum					2. Verordnung			
						3. Verordnung			
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)					Vertragsarztstempel			
aut idem						Unterschrift des Arztes			
aut idem						Muster 16 (10.2014)			
aut idem	Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			Abgabedatum in der Apotheke					
	Unfalltag			Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer					

Abb. Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt) – Vorderseite

Empfangsbestätigung für Hilfsmittel			Vermerke der Krankenkasse
Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers	
1			
2			
3			
Stempel der Apotheke / des Lieferanten			

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.

Abb. Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt) - Rückseite