

# Formulare

# Das Kassenrezept

## Patientendaten

- zuzahlungsbefreit
- falls noch nachts benötigt
- bei sonstigen Kostenträgern
- bei Unfall, kein Arbeitsunfall
- bei Arbeitsunfall
- kein anderer Hersteller

The form contains the following fields and sections:

- Krankenkasse bzw. Kostenträger:** Includes checkboxes for 'Zuzahlung', 'Gebühr', 'nodu', 'Sonstig', 'Unfall', and 'Arbeitsunfall'.
- Name, Vorname des Versicherten:** A large text field.
- Kostenträgererkennung:** Fields for 'Versicherten-Nr.', 'Status', 'Betriebsstätten-Nr.', 'Arzt-Nr.', and 'Datum'.
- Medication section:** Labeled 'Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)', it includes a grid for 'Zuzahlung' and 'Gesamt-Gebühr' with columns for '1. Verordnung', '2. Verordnung', and '3. Verordnung'.
- Physician information:** 'Vortragsarztstempel' containing 'Dr. med. Max Muster', 'Facharzt für Musterkrankheiten', 'Musterstraße 22222', 'Mustershausen', 'Telefon 000 222222', and 'Telefax 000 333333'.
- Signature and Date:** 'Unterschrift des Arztes' and 'Abgabedatum in der Apotheke'.
- Accident information:** 'Bei Arbeitsunfall auszufüllen!' with fields for 'Unfalltag' and 'Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer'.

Arztstempel

Unterschrift

Vorsicht mit Sprechstundenbedarf

Nachzulesen in Libromed Seite 24

# Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

(AU)

gelber Urlaubsschein

ab 01. Januar 2021 digitalisiert

ICD-Code

Abrechnungsnummer GOÄ-Nr. 70 (=7700)

Freigabe 06.02.2009

**Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung**

**Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse**

**Bei verspäteter Vorlage droht Krankengeldverlust!**

Krankenkasse bzw. Kostenträger: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Kassen-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nr.: \_\_\_\_\_ Arzt-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Erstbescheinigung  Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit  dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit: \_\_\_\_\_

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich: \_\_\_\_\_

festgestellt am: \_\_\_\_\_

**Verbindliches Muster**

Vertregerstempel / Unterschrift des Arztes

Diagnose: \_\_\_\_\_

sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Versorgungsleiden (BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen durch die Krankenkasse für erforderlich gehalten (z. B. Badekur, Heilverfahren, MDK)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

für Zwecke der Krankenkasse

Muster 1a (7.2008)

# Formulare...zu Ende