

Vorderseite T-Rezept Teil 1

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

Rückseite T-Rezept Teil 1

<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">Stempel der Apotheke</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">Vermerke der Krankenkasse</p> </div>
<p>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.</p>	

Vorderseite T-Rezept Teil 2

<input type="checkbox"/> Gebüh- frei	[REDACTED]	TEIL II für das BfArM																									
<input type="checkbox"/> Geb.- pfl.		BfArM T-Rezeptnummer	Apotheken-Nummer / IK																								
<input type="checkbox"/> noctu		T 0 1 2 3 4 5 6	[REDACTED]																								
<input type="checkbox"/> Sonst		Zuzahlung Gesamt-Brutto																									
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>													<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border: 1px solid black;">Pharmazentralnummer</td> <td style="width: 20%; border: 1px solid black;">Faktor</td> <td style="width: 20%; border: 1px solid black;">Taxe</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">Verordnung</td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	Pharmazentralnummer	Faktor	Taxe	Verordnung								
Pharmazentralnummer	Faktor	Taxe																									
Verordnung																											
	Datum	Arztstempel																									
<p style="margin: 0;">Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</p>																											
<input type="checkbox"/> auf idem	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="font-size: 0.8em;">Alle Sicherheitsbestimmungen gemäß der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel werden eingehalten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Der Patientin bzw. dem Patienten wurde vor Beginn der Behandlung medizinisches Informationsmaterial gemäß den Anforderungen der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel ausgehändigt</td> </tr> </table>			<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																				
<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																										
444 H	Abgabedatum in der Apotheke:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>							T -Rezeptnummer:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>							Unterschrift des Arztes										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="font-size: 0.8em;">Behandlung erfolgt <u>innerhalb</u> der zugelassenen Anwendungsgebiete (In-Label)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Behandlung erfolgt <u>außerhalb</u> der zugelassenen Anwendungsgebiete (Off-Label)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/>	Behandlung erfolgt <u>innerhalb</u> der zugelassenen Anwendungsgebiete (In-Label)	<input type="checkbox"/>	Behandlung erfolgt <u>außerhalb</u> der zugelassenen Anwendungsgebiete (Off-Label)																				
<input type="checkbox"/>	Behandlung erfolgt <u>innerhalb</u> der zugelassenen Anwendungsgebiete (In-Label)																										
<input type="checkbox"/>	Behandlung erfolgt <u>außerhalb</u> der zugelassenen Anwendungsgebiete (Off-Label)																										

Rückseite T-Rezept Teil 2

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