

**DZH.**

*Mein persönliches Abrechnungshaus*

## **Leitfaden – Verordnung für Hilfsmittelanbieter**



## Hinweise zur Rechnungslegung

### 1 Kundenangaben

Bitte geben Sie hier Ihre DZH-Kundennummer, über die Sie Ihre Belege abrechnen möchten, die Firmierung und Ihr Institutionskennzeichen (IK) an.

### 2 Kostenträgerangaben

Bitte beachten Sie die deutliche Benennung der Kasse und die Kennzeichnung, ob es sich um die Krankenversicherung (gesetzlich oder privat), die Pflegeversicherung oder eine Abrechnung gegenüber dem Versicherten (Feld privat) handelt. Des Weiteren geben Sie bitte das IK des Kostenträgers an.

### 3 Rechnungsnummer

In diesem Feld können Sie Ihre individuelle Rechnungsnummer angeben, die dann von uns erfasst und in den Abrechnungsunterlagen ausgewiesen wird. Diese Dienstleistung bieten wir Ihnen kostengünstig an.

### 4 Stammdaten des Versicherten

Versichertennummer, Name und Vorname, Geburtsdatum, Anschrift des Versicherten und Versichertenstatus. Hier geben Sie bitte die versichertenbezogenen Daten gem. Anlage 5 Ziffer 5 c, d, e, f und g<sup>1)</sup> an.

### 5 Diagnoseschlüssel/ Diagnosetext gem. Anlage 5 Ziffer 5<sup>1)</sup>

Bitte tragen Sie an dieser Stelle den auf der Verordnung angegebenen Diagnoseschlüssel sowie den -text ein. Die Angaben sind derzeit optional. Sie sind jedoch auf Anforderung der Kostenträger im Datenträgeraustausch zu übermitteln und in diesen Fällen auf dem Kodierbeleg einzutragen.

### 6 Zuzahlungsrechnung

Wenn Sie die gesetzliche Zuzahlung an Ihre Kunden von der DZH berechnen lassen möchten, kreuzen Sie bitte „Ja“ auf dem Kodierbeleg an. (Die Angabe ist optional: Hierüber muss eine separate Abrechnungsvereinbarung unterschrieben sein.)

### 7 Schlüssel Zuzahlung (1-stellig numerisch)

Tragen Sie hier das Zuzahlungskennzeichen gem. Anlage 3 Abschnitt 8.1.131) ein:

0 = keine gesetzl. Zuzahlung; 1 = zuzahlungsbefreit; 2 = keine Zuzahlung trotz schriftl. Zahlungsaufforderung; 3 = zuzahlungspflichtig;

4 = Übergang zuzahlungspflichtig zu zuzahlungsfrei (nach Ausstellung der Verordnung/während der Inanspruchnahme);

5 = Übergang zuzahlungsfrei zu zuzahlungspflichtig (nach Ausstellung der Verordnung/während der Inanspruchnahme)

### 8 Datum Leistungserbringung/Verordnungsdatum (Angabe jeweils 8-stellig)

ACHTUNG: Leistungserbringungsdatum nie vor Verordnungsdatum!

### 9 Genehmigungdatum (8-stellig) und -nummer (bis zu 20 Stellen)

Diese Angaben müssen gem. § 302 SGB V bei genehmigungspflichtigen Leistungen zwingend angegeben werden. Bitte beachten Sie, dass Kostenträger in der Regel stets eine Rechnung absetzen, wenn eine vom Kostenträger vergebene Genehmigungsnummer im Abrechnungsprozess nicht mitgeteilt wurde. Besonders im Rahmen des elektronischen Genehmigungsverfahrens wird eine solche Nummer vergeben und bei Rechnungstellung automatisch gegengeprüft. Ist die Nummer falsch oder fehlt sie evtl. ganz, erfolgt oftmals bereits durch die EDV eine Abweisung der Rechnung.

### 10 Statistik

Hier können individuelle, für Sie aufschlussreiche Statistiken kostengünstig bestellt werden. (Die Angabe ist optional: Hierüber muss eine separate Vereinbarung geschlossen sein.)

### 11 Betriebsstättennummer

In das Feld Betriebsstättennummer tragen Sie bitte die auf der Verordnung angegebene Nummer der Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte (9-stellig) ein. An diese Stelle gehört auch ein ggf. vorliegendes Krankenhaus-IK. Sollte die Betriebsstätten-Nr. nicht zu ermitteln sein, ist ausnahmsweise die Eingabe „9“ zulässig. Bitte beachten Sie, dass die Angabe gem. Anlage 1 (Technische Anlage 7.0)<sup>1)</sup> zwingend angegeben werden muss.

### 12 Arztnummer

Das Feld Arztnummer füllen Sie bitte mit der von der Kassenärztlichen Vereinigung vergebenen und auf der Verordnung angegebenen Arztnummer aus. Sollte die Arztnummer nicht zu ermitteln sein, ist ausnahmsweise die Eingabe „9“ zulässig. Bitte beachten Sie, dass die Angabe gem. Anlage 1 (Technische Anlage 7.0)<sup>1)</sup> zwingend angegeben werden muss.

### 13 Besondere Versorgungsform

Bitte tragen Sie das Kennzeichen „Besondere Versorgungsform“ ein, wenn es auf der Verordnung angegeben ist.

### 14 Schlüssel Unfall/Sonstiges gem. Anlage 3 Abschnitt 8.1.21) (1-stellig; numerisch)

Kennzeichnung, ob Unfall bzw. sonstige Anlässe für Ersatzansprüche:

1 = Arbeitsunfall/Wegeunfall/Berufskrankheit; 2 = sonstige Unfallfolgen; 3 = Sonstiges (BVFG, BEG, HHG, OEG, IfSG, SVG)

### 15 Aktenzeichen und Unfalldatum

Diese Daten sind anzugeben bei einer Abrechnung mit einem Unfallversicherungsträger.

### 16 LEGS bestehend aus dem Abrechnungscode und dem Tarifkennzeichen gem. Anlage 3 Abschnitt 8.1.51) (7-stellig)

Hier ist der gültige Leistungserbringergruppenschlüssel einzutragen. Er ist in der Regel im Vertrag vermerkt. Der LEGS besteht aus dem Abrechnungscode (AC: steht für die Berufsgruppe, z. B. 15 für Sanitätshäuser, 16 für Orthopädieschuhtechnik) und dem Tarifkennzeichen (TK: z. B. 00 bundesweit). Die letzten drei Stellen sind individuell für den jeweiligen Vertrag vergeben. ACHTUNG: Ein Vertrag kann mehrere LEGS haben. Nicht wenige Verträge haben einen LEGS je Produktgruppe/Anlage.

**17 Identifikations-Nr./Zuzahlung gem. Anlage 1 (Technische Anlage)<sup>1)</sup>**

Hierbei handelt es sich um die Identifikationsnummer für Hilfsmittel. Diese Kennziffer dient zur Ermittlung der Zuzahlung. Alle zum Haupt-Hilfsmittel gehörenden Komponenten (z. B. Zurüst- oder Zusatzteile), die dazu dienen, dieses in einem gebrauchsfertigen Zustand zur Verfügung zu stellen, sind mit derselben Identifikations-Nr. zu kennzeichnen (z. B. 01). Weitere Haupt-Hilfsmittel und die dazugehörigen Komponenten sind dann auf dem Kodierbeleg nach dem gleichen Schema zu kennzeichnen. Jedes Haupt-Hilfsmittel (+ Komponenten) erhält demzufolge eine eigenständige fortlaufende Identifikations-Nr. (1. Hilfsmittel mit Zubehör: 01; 2. Hilfsmittel mit Zubehör: 02; ...).

**18 HKZ-Schlüssel Kennzeichen für Hilfsmittel (2-stellig, numerisch)**

Hier werden die 2-stelligen Hilfsmittelkennzeichen gem. Anlage 3 Abschnitt 8.1.5<sup>1)</sup> eingetragen. Die Hilfsmittelkennzeichen definieren die Art der Versorgung (z. B. Wiedereinsatz) und sind in den Verträgen in der Regel klar den Positionsnummern zugeordnet.  
(00 = Neulieferung; 01 = Reparatur; 02 = Wiedereinsatz; 03 = Miete; 04 = Nachlieferung; 05 = Zurichtung; 08 = Vergütungspauschale; 09 = Folgevergütungspauschale; 12 = Zubehör; 13 = Reparaturpauschale; 14 = Wartung; 18 = Rückholung)

**19 Anzahl/Menge**

Hiermit ist die tatsächliche Stückzahl gemeint, nicht die Packungseinheit.

**20 Abrechnungspositionsnummer (APN/HMV-Nummer/PZN) gem. Anlage 3 Abschnitt 8.2<sup>1)</sup>**

In dieses Feld geben Sie bitte die 10-stellige Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses oder die vertraglich für die entsprechende Leistung vereinbarte Abrechnungspositionsnummer (z. B. bei Monatspauschalen) oder ggf. die Pharmazentralnummer ein. Sofern für das abgegebene Hilfsmittel vom Hersteller zwar die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis beantragt, jedoch noch keine gültige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer vergeben und vertraglich auch keine Abrechnungspositionsnummer vereinbart wurde, wird die 7-stellige Produktart eingegeben und die letzten 3 Stellen werden mit der Ziffernfolge 900 aufgefüllt – von dieser Regel abweichend gibt es einige wenige kassenspezifische Ausnahmen.  
ACHTUNG: Hier muss immer eine 10-stellige Kodierung eingetragen sein. Bei der PZN (7-stellig) wird „PZN“ vor die Nummer gesetzt (PZNxxxxxx).

**21 Positionsnummer für Produktbesonderheiten gem. Anlage 3 Abschnitt 8.3<sup>1)</sup>**

Sofern vorhanden, ist diese Nummer immer in Verbindung mit der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer anzugeben. Die Positionsnummern für Produktbesonderheiten sind in den Verträgen mit den Kostenträgern geregelt.

**22 Spezifikation Anwendungsort gem. Anlage 3 Abschnitt 8.1<sup>1)</sup> (1-stellig)**

Schlüssel Spezifikation Anwendungsort/0 = links; 1 = rechts; 2 = beidseitig

**23 Einzelbetrag**

Bitte geben Sie hier den Einzelbetrag netto und brutto (inklusive MwSt.) an. Sollten Sie mehrere Positionen auf einem Kodierbeleg aufführen, geben Sie bitte zusätzlich den Gesamtbetrag brutto an.

**24 Skonto**

In dieses Feld tragen Sie bitte den Skontobetrag als Prozentzahl (z. B. 2 %) ein, der bei Abrechnung dieser Hilfsmittelposition in Verbindung mit dem Hilfsmittelkennzeichen gezogen werden kann.

**25 MwSt. KZ (Kennzeichen Mehrwertsteuer)**

gem. der Anlage 3<sup>1)</sup> (1-stellig)/1 = voller Mehrwertsteuersatz oder 2 = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

**26 Zuzahlung**

Geben Sie hier bitte den Zuzahlungsbetrag an (brutto). Sollten Sie mehrere Positionen auf einem Kodierbeleg aufführen, geben Sie bitte zusätzlich den Gesamtbetrag Zuzahlung an.

**27 Eigenanteil**

Hier bitte den Eigenanteil angeben. Gilt momentan nur bei Produkten des täglichen Bedarfs, z. B. bei orthopädischen BHs, Badeanzügen und Schuhen. Sollten Sie mehrere Positionen auf einem Kodierbeleg aufführen, geben Sie bitte zusätzlich den Gesamtbetrag Eigenanteil an.

**28 Inventarnummer**

Geben Sie bitte in diesem Feld die Inventarnummer des Hilfsmittels an. Sie ist immer dann anzugeben, wenn Leistungen an einem wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel durchgeführt werden (beispielsweise bei Lieferung (HKZ 00), Reparatur (HKZ 01), Wiedereinsatz (HKZ 02) und Rückholung (HKZ 18)). Die Inventarnummer wird Ihnen bei der Neulieferung vom Kostenträger mitgeteilt. In den übrigen Fällen entnehmen Sie diese bitte dem jeweiligen Hilfsmittelwiedereinsatzsystem.

**29 Versorgungszeitraum von ... bis ...**

Bitte geben Sie in diesem Feld den Versorgungszeitraum mit Von-bis-Datum an. Beachten Sie bitte, dass die genaue Datumsangabe bei den HKZ 03 (Miete), 08 (Vergütungspauschale), 09 (Folgevergütungspauschale), 13 (Reparaturpauschale), 15 (Wartungspauschale) und 20 (Erprobung) sowie bei (Pflege-)Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind, zwingend erforderlich ist, da diese Information auf Anforderung an die Kostenträger übermittelt werden muss und es bei Nichtangabe zu Kürzungen seitens der Kostenträger kommen kann.

**30 Geräte-Nr./Betriebsstunden**

Bitte hier Gerätenummer und Betriebsstunden angeben, wenn dieses vertraglich gefordert wird (Beispiel: nCPAP-Geräte).

1) alle Angaben zu Anlagen der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301a SGB V) vom 9. Mai 1996, in der geänderten Fassung vom 20. November 2006.

# Hinweise zur Verordnung

## Angaben des Arztes

- 1 Wichtig ist hierbei vor allem die eindeutige Krankenkassenbezeichnung.
- 2 Es ist sinnvoll, sich den Befreiungsausweis des Patienten vorlegen zu lassen und ggf. zu kopieren. Bei Absetzungen durch die Krankenkassen haben Sie mit einer Kopie gute Argumente zur Erstattung des Differenzbetrages in der Hand. Dokumentieren Sie Änderungen mit Datum und Unterschrift entsprechend auf der Verordnung. Manche Kostenträger lehnen Nachberechnungen von Zuzahlungen inzwischen komplett ab.
- 3-5 Fehlt die Versicherten-Nummer, muss mindestens die Adresse des Patienten vollständig angegeben sein. Auch die Kassen-Nummer sollte eingetragen sein.
- 6 Der Versichertenstatus ist an dieser Stelle einzutragen.
- 7 Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer erfolgt hier.
- 8 Die Angabe der Arzt-Nummer erfolgt in diesem Feld.
- 9 An dieser Stelle erfolgt die Eingabe des Ausstellungsdatums.

## Ihre Angaben nach § 302 SGB V

### Vorderseite

- 1 Tragen Sie hier bitte Ihr Institutionskennzeichen ein.
- 2 Geben Sie hier bitte den Zuzahlungsbetrag an (brutto).
- 3 An dieser Stelle erfolgt die Eintragung der Gesamtsumme in brutto und Zuzahlung.
- 4 In dieses Feld geben Sie bitte die 10-stellige Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses oder die vertraglich für die entsprechende Leistung vereinbarte Abrechnungspositionsnummer (z. B. bei Monatspauschalen) oder ggf. die Pharmazentralnummer ein. Sofern für das abgegebene Hilfsmittel vom Hersteller zwar die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis beantragt, jedoch noch keine gültige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer vergeben und vertraglich auch keine Abrechnungspositionsnummer vereinbart wurde, wird die 7-stellige Produktart eingegeben und die letzten 3 Stellen werden mit der Ziffernfolge 900 aufgefüllt – von dieser Regel abweichend gibt es einige wenige kassenspezifische Ausnahmen.  
ACHTUNG: Hier muss immer eine 10-stellige Kodierung eingetragen sein. Bei der PZN (7-stellig) wird „PZN“ vor die Nummer gesetzt (PZNxxxxxx).
- 5 Hier wird die Anzahl der Leistungen eingetragen.
- 6 Geben Sie hier den Brutto-Einzelbetrag an. Dieser Betrag muss sich unabhängig von der abgegebenen Menge immer auf ein Stück beziehen. Sollte der Vertrag mit Ihnen und der Krankenkasse eine Nettovereinbarung sein, tragen Sie hier bitte den Netto-Betrag ein und machen Sie diesen als Nettopreis kenntlich bzw. geben Sie den MwSt.-Satz zusätzlich an (z. B. kann es bei Bandagen/PG 05 wichtig sein, den ggf. vom Vertrag abweichenden MwSt.-Satz anzugeben).
- 7 Hierbei handelt es sich um die Identifikations-Nr. für Hilfsmittel. Diese Kennziffer dient der Ermittlung der Zuzahlung. Alle zum Haupt-Hilfsmittel gehörenden Komponenten (z. B. Zurüst- oder Zusatzteile), die dazu dienen, dieses in einem gebrauchsfertigen Zustand zur Verfügung zu stellen, sind mit derselben ID-Nr. zu kennzeichnen (z. B. 01). Weitere Haupt-Hilfsmittel und die dazugehörigen Komponenten sind dann nach dem gleichen Schema zu kennzeichnen. Jedes Haupt-Hilfsmittel (+ Komponenten) erhält demzufolge eine eigenständige fortlaufende ID-Nr. (1. Hilfsmittel mit Zubehör = 01; 2. Hilfsmittel mit Zubehör = 02; usw.). Bitte vermerken Sie diese Identifikationsnummer mit Schrägstrich abgetrennt vor der Hilfsmittel-Nr.
- 8 Hier werden die 2-stelligen Leistungskennzeichen eingetragen. Beispiel: 00 = Neulieferung; 01 = Reparatur; 02 = ...
- 9 Bitte geben Sie ein „Z“ an, wenn die Abrechnung der Zuzahlung durch die DZH erfolgen soll. (Die Angabe ist optional: Hierüber muss eine separate Abrechnungsvereinbarung unterschrieben sein.)

### Rückseite

- 10 Datum und Unterschrift des Empfängers dürfen nicht fehlen. Bitte fügen Sie ggf. auch den Lieferschein bei.
- 11 Hier können ggf. weitere Kodierungen vorgenommen werden. Sofern Sie keinen Kodierbeleg einreichen, könnten Sie z. B. hier den LEGS (Leistungserbringergruppenschlüssel) eintragen. Er ist in der Regel im Vertrag vermerkt. Der LEGS besteht aus dem Abrechnungscode (AC: steht für die Berufsgruppe, z. B. 15 für Sanitätshäuser, 16 für Orthopädieschuhtechnik) und dem Tarifkennzeichen (TK: z.B. 00 bundesweit). Die letzten drei Stellen sind individuell für den jeweiligen Vertrag vergeben. ACHTUNG: Ein Vertrag kann mehrere LEGS haben. Nicht wenige Verträge haben einen LEGS je Produktgruppe.
- 12 Bitte setzen Sie hier Ihren Firmenstempel.

## Ihre Angaben nach § 300 SGB V

Je nach Wunsch des Kostenträgers: patientenbezogene Arzneimittel, enterale Ernährung, Verbandstoffe sowie Sprechstundenbedarf.

### Vorderseite

- 1 Tragen Sie hier bitte Ihr Institutionskennzeichen ein.
- 2 Geben Sie hier bitte den Zuzahlungsbetrag an (brutto).
- 3 An dieser Stelle erfolgt die Eintragung der Gesamtsumme in brutto und Zuzahlung.
- 4 Bei der HMV-Nr. handelt es sich um die 10-stellige Positions-Nr. gem. Hilfsmittelverzeichnis. Sofern noch keine 10-stellige Positions-Nr. vergeben wurde, wird diese bis zur 7. Stelle belegt und die letzten 3 Ziffern werden mit der Ziffernfolge 900 ausgefüllt.  
ACHTUNG: Hier muss immer eine 10-stellige Kodierung eingetragen sein. Bei der PZN-Nr. (7-stellig) wird „PZN“ vor die Nummer gesetzt (PZNxxxxxx).
- 5 Hier wird die Anzahl der Leistungen eingetragen.
- 6 Geben Sie hier den Gesamtbetrag je Zeile, also den Einzelbetrag in brutto, multipliziert mit der Anzahl der Leistungen (Faktor) an.  
ACHTUNG: Diese Angabe weicht ab von der Kodierung für Hilfsmittel nach § 302 SGB V.
- 7 Für den reinen Sprechstundenbedarf muss das Feld 9 angekreuzt sein, für Hilfsmittel das Feld 7.
- 8 Bitte geben Sie ein „Z“ an, wenn die Abrechnung der Zuzahlung durch die DZH erfolgen soll.  
(Die Angabe ist optional: Hierüber muss eine separate Abrechnungsvereinbarung unterschrieben sein.)

### Rückseite

- 9 Datum und Unterschrift des Empfängers dürfen nicht fehlen. Bitte fügen Sie bei Warenlieferung durch einen Paketdienst oder durch die Post den Einlieferungsschein bei.
- 10 Bitte setzen Sie hier Ihren Firmenstempel.

### Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung!

DZH Dienstleistungszentrale für  
Heil- und Hilfsmittelanbieter GmbH

Eiffestraße 80  
20537 Hamburg

Tel.: 040 / 22 74 65 - 0  
Fax: 040 / 22 74 65 - 36

[www.dzh-online.de](http://www.dzh-online.de)

# Der Kodierbeleg

<b>1</b>	Kd-Nr. <input style="width: 80%;" type="text"/>	Firmierung <input style="width: 80%;" type="text"/>	IK <input style="width: 80%;" type="text"/>														
<b>2</b>	Bezeichnung <input style="width: 80%;" type="text"/>	IK <input style="width: 80%;" type="text"/>	KV <input style="width: 80%;" type="text"/> PV <input style="width: 80%;" type="text"/> Privat <input style="width: 80%;" type="text"/>														
<b>3</b>	Rechnungsnummer <input style="width: 80%;" type="text"/>																
<b>4</b>	Versicherten-Nr. Name Vorname Geburtsdatum PLZ Ort Straße u. Hausnummer Versichertenstatus	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	Zuzahlungsrechnung <input style="width: 80%;" type="text"/> ja <input style="width: 80%;" type="text"/> nein Schlüssel Zuzahlung <input style="width: 80%;" type="text"/>	Datum Leistungserbringung <input style="width: 80%;" type="text"/> <b>8</b> Verordnungsdatum <input style="width: 80%;" type="text"/> Genehmigungsdatum <input style="width: 80%;" type="text"/> <b>9</b> Genehmigungsnummer <input style="width: 80%;" type="text"/>													
<b>5</b>	Diagnoseschlüssel <input style="width: 80%;" type="text"/>	Diagnosetext <input style="width: 80%;" type="text"/>															
<b>11</b>	Betriebsstättennummer <input style="width: 80%;" type="text"/>	Arztnummer <input style="width: 80%;" type="text"/> <b>12</b>	bes. Vers. form <input style="width: 80%;" type="text"/> <b>13</b>														
			Schlüssel Unfall/Sonstiges <input style="width: 80%;" type="text"/> <b>14</b> Aktenzeichen <input style="width: 80%;" type="text"/> Unfalldatum <input style="width: 80%;" type="text"/> <b>15</b>														
<b>10</b>	Statistik		A <input style="width: 80%;" type="text"/> B <input style="width: 80%;" type="text"/> C <input style="width: 80%;" type="text"/>														
<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>			
LEGS	Ident-Nr. Zuzahlung	HKZ	Anzahl/Menge	Abrechnungs- positionsnummer APN/ HMV-Nr./ PZN	Pos. f. Produkt- besonderheiten	Spezifikation Anwendungsort	Einzelbetrag netto	Einzelbetrag brutto	Skonto	MwSt KZ	Zuzahlung	Eigenanteil	Inventarnummer	Versorgungszeitraum von .. bis ...	Geräte-Nr./ Betriebsstunden		
Gesamtbetrag brutto							<input style="width: 80%;" type="text"/>	Gesamtbetrag							<input style="width: 80%;" type="text"/>		

Die Kostenträger erwarten die korrekte Belegvorbereitung nach den §§ 302 und 300 SGB V. Sie zahlen nur, wenn auf Verordnungen und anderen Belegen alle Angaben nach den Richtlinien gemacht werden.

Mit dem Wegweiser zur Hilfsmittelverordnung erhalten Sie eine Checkliste, die Ihnen als Kontrollhilfe aller relevanten Arzt-Angaben auf der Hilfsmittelverordnung dient. Daneben erhalten Sie hier ebenso Hilfestellungen zum Eintragen Ihrer eigenen Daten auf dem Rezept und dem Kodierbeleg, so dass das Abrechnungsverfahren problemlos erfolgen kann.

# Die Hilfsmittelverordnung

<b>2</b>	Krankenkasse bzw. Kostenträger				Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St- Bedarf	Begr.- Pflicht		Apotheken-Nummer / IK		
Gebühr frei	<b>1</b>				6	7	7	8	9	1	1	
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten			geb. am	Zuzahlung		Gesamt-Brutto					
noctu	<b>3</b>				2	2			3	3		
Sonstige					Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Factor		Taxe	
Unfall	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>		7	4	4	5	5	6	6	8
Arbeits- unfall	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>		1. Verordnung		2. Verordnung		3. Verordnung			
<b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)				Vertragsarztstempel								
aut idem												
aut idem												
aut idem												
<b>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</b>				Abgabedatum in der Apotheke				Unterschrift des Arztes Muster 16 (1.2013)				
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer						<b>8</b>	<b>9</b>			

<b>Empfangsbestätigung für Hilfsmittel</b>			<b>Vermerke der Krankenkasse</b>		
Nr.	Datum	<b>10</b> <b>9</b> <b>11</b> <b>12</b> <b>13</b> <b>14</b> <b>15</b> <b>16</b> <b>17</b> <b>18</b> <b>19</b> <b>20</b> <b>21</b> <b>22</b> <b>23</b> <b>24</b> <b>25</b> <b>26</b> <b>27</b> <b>28</b> <b>29</b> <b>30</b> <b>31</b> <b>32</b> <b>33</b> <b>34</b> <b>35</b> <b>36</b> <b>37</b> <b>38</b> <b>39</b> <b>40</b> <b>41</b> <b>42</b> <b>43</b> <b>44</b> <b>45</b> <b>46</b> <b>47</b> <b>48</b> <b>49</b> <b>50</b> <b>51</b> <b>52</b> <b>53</b> <b>54</b> <b>55</b> <b>56</b> <b>57</b> <b>58</b> <b>59</b> <b>60</b> <b>61</b> <b>62</b> <b>63</b> <b>64</b> <b>65</b> <b>66</b> <b>67</b> <b>68</b> <b>69</b> <b>70</b> <b>71</b> <b>72</b> <b>73</b> <b>74</b> <b>75</b> <b>76</b> <b>77</b> <b>78</b> <b>79</b> <b>80</b> <b>81</b> <b>82</b> <b>83</b> <b>84</b> <b>85</b> <b>86</b> <b>87</b> <b>88</b> <b>89</b> <b>90</b> <b>91</b> <b>92</b> <b>93</b> <b>94</b> <b>95</b> <b>96</b> <b>97</b> <b>98</b> <b>99</b> <b>100</b>			
<b>1</b>		Name des Empfängers			
<b>2</b>					
<b>3</b>					
Stempel der Apotheke / des Lieferanten			Stempel der Krankenkasse		
<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>					