**Anlage 1a Abrechnung der Impfstoffe für Quartal …….. Jahr …………(bis zur DTA-Abrechnung gem. neuer TA)**

**Name der Apotheke ……………………………………… Anschrift ………………………………………**

**IK der Apotheke ………………………………………**

**Rechnungsdatum ………………………………………**

**Bestellender Betriebsarzt ………………………………………** Rechnungsnummer: . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bestellschein: s. Anlage (WICHTIG abrechnungsbegründende Unterlage)**

|  |  |
| --- | --- |
| Krankenkasse: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bezeichnung des verwendeten Impfstoffs (Name des Fertigarzneimittels) |  Bestellmenge (lt. Bestellschein) |  Abgabedatum | Verwendete Menge  |  Zahlbetrag\* aller teilnehmenden Krankenkassen |  Anteil Versicherte je Krankenkasse (siehe Bestellschein) | Zahlbetrag\* je teilnehmende Krankenkasse |
|  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |   |  |   |  |
|   |  |   |   |  |   |  |
|   |  |   |   |  |   |  |
|   |  |   |   |  |   |  |
|   |  |   |   |  |   |  |
|   |  |   |   |  |   |  |
|   |  |   |   |  |   |  |
|   |  |   |   |  |   |  |
|   |  |   |   |  |   |  |
|   |  |   |   |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*max. AEK + 3% + MwSt.

Bitte überweisen Sie auf das Konto....................................., IBAN..................................................., BIC........................................................

den Gesamt-Betrag in Höhe von .....................................€. Zahlungsziel ………………………………..

Die Richtigkeit der oben genannten Angaben wird bestätigt.

Datum Unterschrift Apotheker