## Anlage 1b Bestellschein für Impfleistungsstoffe\* für Quartal …….. Jahr ……… (bis zur DTA-Abrechnung gem. neuer TA)

**Name Betriebs- oder Werksarzt/ärztin** …………………………………… **IK-Nummer Betrieb- oder Werksarzt/ärztin** ……………………………….

**Anschrift Betriebs- oder Werksarzt/ärztin** …………………………………… **Betrieb (Name und Ort)** ………………………………………..

**Impfaktion Ort / Betrieb / Datum** …………………………………..

An

## Name der Apotheke …………………………………… Bestellnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anschrift ……………………………………** Bestelldatum:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bezeichnung des bestellten Impfstoffes | Packungsgröße | Menge3 | Kassenzugehörigkeit des Versicherten1 |
| AOK  |  |  |  |  | 2 | 2 | 2 |
|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*max. Erstattungsbetrag des Impfstoffes: AEK + 3% + MwSt.

1 Eintrag erfolgt durch Apotheker zum Quartalsende nach Auskunft des Betriebsarztes

2 Beitretende Betriebs-/ sonstige Krankenkasse

3 Übertrag: in ( ): nicht eingesetzte Impfstoffe im Vorquartal

 \_

Datum Unterschrift Betriebs- oder Werksarzt/ärztin