

Anlage 1b

Bestellschein für Impfstoffe* für Quartal Jahr (bis zur DTA-Abrechnung gem. neuer TA)

Name Betriebs- oder Werkarzt/ärztin

IK-Nummer Betrieb- oder Werkarzt/ärztin

Anschrift Betriebs- oder Werkarzt/ärztin

Betrieb (Name und Ort)

Impfaktion Ort / Betrieb / Datum

An

Name der Apotheke

Bestellnummer: _____

Anschrift

Bestelldatum: _____

Bezeichnung des bestellten Impfstoffes	Packungsgröße	Menge ³					
			AOK NW	KNAPPSCHAFT	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 Werkarzt/ärztin