

Erforderliche Angaben auf dem T-Rezept

Krankenkasse bzw. Kostenträger
hkk

Name, Vorname des Versicherten
Mustermann
Musterstraße 7
D 12345 Musterstadt

geb. am
01.05.74

Kostenträgerkennung 100186801 | **Versicherten-Nr.** G294946155 | **Status** 1

Betriebsstätten-Nr. 345678900 | **Arzt-Nr.** 545878998 | **Datum** 06.01.21

TEIL I für die Apotheke zur Verrechnung

BVG | **Apotheken-Nummer / IK**

Zuzahlung | **Gesamt-Brutto**

Pharmazentralnummer | **Faktor** | **Taxe**

Verordnung

0 6 4 6 0 6 8 8 ← 7

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
Revlimid 5 mg Hartkapseln
21 St. N1 PZN 01875255 >>Dj<<

BSNR: 345678900 | **Arztstempel**
Dr. Max Mustermensch
Arzt für Onkologie
Musterweg 13
12345 Musterstadt
Tel. 12345-678910
M. Mustermensch
Unterschrift des Arztes

T-Rezeptnummer: T0123456

Abgabedatum in der Apotheke: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Alle Sicherheitsbestimmungen gemäß der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel werden eingehalten

Dem/der Patient (en) wurde vor Beginn der Behandlung medizinisches Informationsmaterial entsprechend den Anforderungen der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel sowie die aktuelle Gebrauchsinformation des entsprechenden Fertigarzneimittels ausshändigt

Behandlung erfolgt innerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete (In-Label)

Behandlung erfolgt außerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete (Off-Label)

Heilungsmöglichkeiten

Bei allen Korrekturen bzw. Ergänzungen ist eine Rücksprache mit dem Arzt zwingend erforderlich. Das Ergebnis ist auf dem Rezept zu dokumentieren und abzuzeichnen. Das Ausstellungsdatum, die Kreuze zu den Sicherheitsbestimmungen und In- oder Off-Label-Anwendung sowie das Aut-idem-Kreuz dürfen nicht durch die Apotheke korrigiert oder ergänzt werden!

Dokumentation

Bei Erwerb und Abgabe sind Apotheken nach § 17 Abs. 6b Apothekenbetriebsordnung verpflichtet, bestimmte Angaben zu dokumentieren (Details siehe ApBetrO). Wichtig: Aufbewahrung der Dokumentation bis mind. ein Jahr nach Ablauf des Verfallsdatums, aber nicht weniger als fünf Jahre!

Mehrteiliges Rezept

Teil I: Abrechnung mit der Krankenkasse

Teil II: Für das BfArM (Versand wöchentlich) mit Apothekenstempel auf der Rückseite

1 Patientendaten

- » Name, Vorname und Anschrift des Patienten
- » Krankenkassendaten des Patienten (IK und Name der Krankenkasse)

2 Ausstellungsdatum

Gültigkeit: 6 Tage + Ausstellungsdatum

3 Verordnungsfeld

Arzneimittel

Erlaubt: Arzneimittelverordnungen mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid

Nicht erlaubt: Verordnung von Arzneimitteln mit anderen Wirkstoffen

Maximal ein Arzneimittel: Bezeichnung des Fertigarzneimittels oder des Wirkstoffes inkl. der Stärke, der Darreichungsform und der Menge bzw. bei Rezepturarzneimitteln die Zusammensetzung nach Art und Menge sowie die Gebrauchsanweisung

Zulässige Höchstverordnungsmenge: Je Rezept für Frauen im gebärfähigen Alter der Bedarf für 4 Wochen, ansonsten der Bedarf für 12 Wochen (Apotheke hat Prüfpflicht! Im Zweifel Rücksprache mit dem Arzt)

4 Bestätigung des Arztes (Felder zum Ankreuzen)

- » Einhaltung der Sicherheitsmaßnahmen **und**
- » Übergabe der medizinischen Informationsmaterialien
- » Off- **oder** In-Label-Feld

5 T-Rezeptnummer

Jedes Rezept trägt eine individuelle Nummer (T-Rezeptnummer), die eine eindeutige Zuweisung eines jeden T-Rezeptes zu einer einzelnen ärztlichen Person im T-Register des BfArM sicherstellt.

6 Arztstempel

- » Name, Vorname, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis oder der Klinik der verschreibenden ärztlichen Person einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme, eigenhändige Unterschrift des Arztes

7 T-Rezept-Gebühr

Seit dem 01.07.2017 ist für die Abrechnung der T-Rezept-Gebühr die Sonder-PZN 06460688 auf das Rezept zu drucken.