

Desensibilisierungslösungen

Diese Arbeitshilfe gibt für jeden Schritt der Rezeptbearbeitung und -belieferung wichtige Tipps, die es besonders bei Verordnungen von Desensibilisierungslösungen zu beachten gilt:

Ablauf der Belieferung	Richtiges Vorgehen
Rezeptvorlage	<ul style="list-style-type: none"> • Prüfen, ob die Bezeichnung auf der Verordnung der Bezeichnung des Bestellscheins entspricht. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nicht ausreichend ist die Angabe: „Laut Bestellschein“. Angegeben werden muss die genaue Bezeichnung des Arzneimittels, möglichst mit Handelsnamen und PZN. • Datum prüfen – Vorlage und Bestellung müssen innerhalb eines Monats nach Ausstellung erfolgen. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Fristüberschreitungen bei der Abgabe/Rezeptbelieferung aufgrund von Lieferdauer oder -verzögerungen sind laut Rahmenvertrag möglich. Dokumentation siehe Abrechnung.
Lieferung prüfen	<ul style="list-style-type: none"> • Prüfen, ob die Lieferung dem bestellten Produkt entspricht. Bei Unklarheiten klärt der Hersteller diese oft direkt mit dem Arzt. Die Lieferung enthält dann folgenden Hinweis: <i>„Achtung: Rezept und Bestellschein stimmen nicht überein. Unsere Lieferung erfolgt jedoch in Absprache mit der Praxis.“</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Daher: Vermerke über eine Änderung der Verordnung auf der Rechnung oder dem Lieferschein beachten! • Duplikate des Vorgangs in der Apotheke archivieren.
Abgabe	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweis auf die Lagerungstemperatur (2–8 °C) geben. • Folgebestellbogen aushändigen
Abrechnung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Berechnung von Portokosten ist in den einzelnen Arzneilieferverträgen geregelt (z. B. § 8 Abs. 7 vdek-AVV). Die Portokosten werden mit der Sonder-PZN 09999637 aufgedruckt. • Bei Fristüberschreitung: Begründung der Fristüberschreitung (z. B. aufgrund von Herstellung/Bestellung bzw. Lieferverzögerungen) muss gemäß § 6 Abs. 2 (g7) Rahmenvertrag auf der Verordnung vermerkt und mit Datum und Unterschrift abgezeichnet werden: Es darf keine Retaxation erfolgen, <i>„wenn die Apotheke ein Arzneimittel nach Ablauf der Monatsfrist nach Ausstellung nach einer auf dem Verordnungsblatt dokumentierten Rücksprache mit dem Arzt und einem vom Apotheker abgezeichneten Vermerk über die Gründe abgibt.“</i>

Rezeptbeispiel auf Seite 2 ►

Rezeptbeispiel

<input checked="" type="checkbox"/> <small>Gewährleistung</small>	Krankenkasse bzw. Kostenträger Techniker Krankenkasse	<small>BVG</small> 6	<small>Hilfs- mittel</small> 7	<small>Impf- stoff</small> 8	<small>Spr.-St. Bedarf</small> 9	<small>Begr.- Pflicht</small> 	<small>Apotheken-Nummer / IK</small> 999999887																																										
<input type="checkbox"/> <small>Geb.- pfl.</small>	Name, Vorname des Versicherten Muster	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>Zuzahlung</small></td> <td colspan="4" style="text-align: center;"><small>Gesamt-Brutto</small></td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</small></td> <td style="text-align: center;"><small>Faktor</small></td> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>Taxe</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3">1. Verordnung 14274184</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">529,00</td> </tr> <tr> <td colspan="3">2. Verordnung 09999637</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">7,14</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3. Verordnung</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>						<small>Zuzahlung</small>			<small>Gesamt-Brutto</small>					0	5	3	6	1	4	<small>Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</small>			<small>Faktor</small>	<small>Taxe</small>			1. Verordnung 14274184			1	529,00			2. Verordnung 09999637			1	7,14			3. Verordnung						
<small>Zuzahlung</small>								<small>Gesamt-Brutto</small>																																									
	0							5	3	6	1	4																																					
<small>Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</small>			<small>Faktor</small>	<small>Taxe</small>																																													
1. Verordnung 14274184			1	529,00																																													
2. Verordnung 09999637			1	7,14																																													
3. Verordnung																																																	
<input type="checkbox"/> <small>noctu</small>	Max <small>geb. am</small> 27.02.80																																																
<input type="checkbox"/> <small>Sonstige</small>	Alpha-Straße 11 D 12345 Musterstadt																																																
<input type="checkbox"/> <small>Unfall</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;"><small>Kostenträgerkennung</small></th> <th style="width: 33%;"><small>Versicherten-Nr.</small></th> <th style="width: 33%;"><small>Status</small></th> </tr> <tr> <td>101575575</td> <td>G123123321</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table>	<small>Kostenträgerkennung</small>	<small>Versicherten-Nr.</small>	<small>Status</small>	101575575	G123123321	1																																										
<small>Kostenträgerkennung</small>	<small>Versicherten-Nr.</small>	<small>Status</small>																																															
101575575	G123123321	1																																															
<input type="checkbox"/> <small>Arbeits- unfall</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;"><small>Betriebsstätten-Nr.</small></th> <th style="width: 33%;"><small>Arzt-Nr.</small></th> <th style="width: 33%;"><small>Datum</small></th> </tr> <tr> <td>123456789</td> <td>545878998</td> <td>01.07.2019</td> </tr> </table>	<small>Betriebsstätten-Nr.</small>	<small>Arzt-Nr.</small>	<small>Datum</small>	123456789	545878998	01.07.2019																																										
<small>Betriebsstätten-Nr.</small>	<small>Arzt-Nr.</small>	<small>Datum</small>																																															
123456789	545878998	01.07.2019																																															
<p>Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</p> <p>Oralvac Bäume Grundbehandl. Lsg. z. Anw. Mundhöhle</p> <p>Bencard 4 St. N2 PZN 14274184 <i>Fristüberschreitung aufgrund einer Lieferverzögerung. Rücksprache mit dem Arzt ist erfolgt. (Rahmenvertrag § 6 Abs. 2g7) 12.08.19</i> <i>M. Müller</i></p>		<p style="text-align: center;"><small>Vertragsarztstempel</small></p> <p>Dr. med. Alouis Allergikus Arzt für HNO, Allergologe Pollenallee 99 12345 Musterstadt Tel. 0012-34567 <i>A. Allergikus</i> <small>Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)</small></p>																																															
<p>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><small>Unfalltag</small></td> <td style="width: 50%;"><small>Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer</small></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> </table>		<small>Unfalltag</small>	<small>Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer</small>			<p>123456789Y</p>																																											
<small>Unfalltag</small>	<small>Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer</small>																																																