

## Bedruckungsbeispiel Privatzahnarzt (ab dem 30.05.2022)

|   |  |   |                   |      |
|---|--|---|-------------------|------|
| Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS)      |  | Bezugsdatum                               | Apotheken-Nummer  |      |
| Name, Vorname des Versicherten              |  |   | +1234567+         |      |
| COVID-19 Bestellung                         |  | Gesamt-Brutto                             |                   |      |
| Privatzahnarzt                              |  | 4 4 6 2                                   |                   |      |
| PVS-ID <b>0</b>                             |  | Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr. | Faktor            | Taxe |
| 103609999 <b>1</b>                          |  | 17377588                                  | 2                 | 4462 |
| Unfall                                      | 103609999 <b>1</b>   |   |                   |      |
|   | Karte gültig bis   | Datum                                     |                   |      |
|   | 222222200 <b>2</b>   | 222222200 <b>3</b>                        | TT.MM.JJ <b>4</b> |      |
| <b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen) |  |   |                   |      |
| aut idem                                    | 12 Impfstoffdosen Comirnaty® plus erforderliches Impfzubehör |   |                   |      |
| aut idem                                    |  |   |                   |      |
| aut idem                                    |  |   |                   |      |
| PKVH  |  | <b>Zahnarztstempel:</b>                   |                   |      |
|   |  | Vorname, Name                             |                   |      |
|   |  | Berufsbezeichnung                         |                   |      |
|   |  | Telefonnummer                             |                   |      |
|   |  | Anschrift Praxis                          |                   |      |
|   |  | <b>Unterschrift Zahnarzt</b>              |                   |      |
|   |  | Unterschrift des Arztes                   |                   |      |

\* Aut-idem ist ausgeschlossen, wenn der Arzt den Ausschluss durch Ankreuzen des Aut-idem-Feldes kenntlich gemacht hat.

- 0** PVS-ID
- 1** Kostenträger-IK BAS
- 2** Dummy-BSNR
- 3** Dummy-LANR
- 4** Ausstelldatum

### Hinweis:

Die Angabe der Dummy-BSNR und -LANR ist für die technische Verarbeitung und ggf. spätere Auswertungen notwendig.

|        |  |
|--------|--|
| PVS-ID | ID der Registrierung im PVS-Impfportal |
| BAS    | Bundesamt für Soziale Sicherheit       |
| BSNR   | Betriebsstättennummer                  |
| LANR   | Lebenslange Arztnummer                 |

# Bedruckungsbeispiel Muster-16 Vertragszahnarzt (ab dem 30.05.2022)

**Freigabe 01.09.2014**

|                                     |   |   |                       |  |
|-------------------------------------|---|---|-----------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <small>Krankenkasse bzw. Kostenträger</small> | Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)   |                       |  |
| <input type="checkbox"/>            | <small>Name, Vorname des Versicherten</small> | COVID-19 Bestellung <span style="float: right;"><small>geb. am</small></span> |                       |  |
| <input type="checkbox"/>            | <small>Kostenträgerkennung</small>            | <small>Versicherten-Nr.</small>   | <small>Status</small> |  |
| <input type="checkbox"/>            | <small>Betriebsstätten-Nr.</small>            | <small>Arzt-Nr.</small>   | <small>Datum</small>  |  |
| <input type="checkbox"/>            | 103609999                                     |   |                       |  |
| <input type="checkbox"/>            | 999999900                                     | 999999900   | TT.MM.JJ              |  |

Verbindliches Muster

1 2 3 4

|  |                                  |                                |                                    |                                   |                                      |
|--|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <small>BVG</small>                           | <small>Hilfs-<br/>mittel</small> | <small>Impf-<br/>stoff</small> | <small>Spr.-St.<br/>Bedarf</small> | <small>Begr.-<br/>Pflicht</small> | <small>Apotheken-Nummer / IK</small> |
| 6  | 7                                | X <sup>1)</sup>                | X <sup>1)</sup>                    |                                   | +1234567+                            |
| <small>Zuzahlung</small>                     |                                  |                                | <small>Gesamt-Brutto</small>       |                                   |                                      |
|  |                                  |                                | 4 4 6 2                            |                                   |                                      |
| <small>Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</small> |                                  |                                |                                    | <small>Faktor</small>             | <small>Taxe</small>                  |
| 1. Verordnung<br>17377588                    |                                  |                                |                                    | 2                                 | 4462                                 |
| 2. Verordnung                                |                                  |                                |                                    |                                   |                                      |
| 3. Verordnung                                |                                  |                                |                                    |                                   |                                      |

Vertragsarztstempel

Stempel und  
Unterschrift  
Zahnarzt

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

12 Impfstoffdosen Comirnaty® plus  
erforderliches Impfbzubehör

666r

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <small>Unfalltag</small> | <small>Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer</small> |
|                          |  |

Abgabedatum in der Apotheke Apothekenname, PLZ, Ort<sup>2)</sup> Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

- ① Kostenträger-IK BAS
- ② Dummy-BSNR (Betriebsstättennummer)
- ③ Dummy-LANR (Lebenslange Arztnummer)
- ④ Ausstelldatum

<sup>1)</sup>Optionale Kennzeichnung der Kreuzfelder Gebühr frei, Impfstoff und Sprechstundenbedarf

<sup>2)</sup>Optionale Nennung Apothekenname, PLZ, Ort