

# »Dringende Arztanfrage«

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Gebühr frei</td> <td>Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Geb.-pfl.</td> <td>Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">noctu</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Sonstige</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Unfall</td> <td>Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Arbeitsunfall</td> <td>Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">aut idem</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">aut idem</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">aut idem</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Unfalltag</td> <td>Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer</td> </tr> </table>	Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten	noctu	geb. am	Sonstige		Unfall	Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status	Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	aut idem		aut idem		aut idem		Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">BVG</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Hilfs- mittel</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Impf- stoff</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Spr- Bedarf</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">St- Bedarf</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Begr- Pflicht</td> <td style="width: 200px; text-align: center;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Zuzahlung</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Faktor</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Taxe</td> </tr> <tr> <td colspan="3">1. Verordnung</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">2. Verordnung</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">3. Verordnung</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">Vertragsarztstempel</p> <p style="text-align: right;">Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)</p>	BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr- Bedarf	St- Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK								Zuzahlung			Gesamt-Brutto				Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			Faktor		Taxe		1. Verordnung							2. Verordnung							3. Verordnung						
Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																																					
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten																																																																					
noctu	geb. am																																																																					
Sonstige																																																																						
Unfall	Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status																																																																					
Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum																																																																					
aut idem																																																																						
aut idem																																																																						
aut idem																																																																						
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer																																																																					
BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr- Bedarf	St- Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK																																																																
Zuzahlung			Gesamt-Brutto																																																																			
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			Faktor		Taxe																																																																	
1. Verordnung																																																																						
2. Verordnung																																																																						
3. Verordnung																																																																						

Datum: 

Apotheke/Ansprechpartner

271111100Y

Sehr geehrte Frau Dr. / Sehr geehrter Herr Dr. \_\_\_\_\_

Bei der obigen Verordnung haben wir folgende, potentiell schwerwiegende Interaktion festgestellt.

**Die gleichzeitige Einnahme von \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_**

- ist kontraindiziert / es besteht Risiko schwerer Wechselwirkungen
- 

Mögliche Folge: \_\_\_\_\_ (bitte auch beiliegenden Ausdruck der ABDA Datenbank beachten)

\_\_\_\_\_

Der Patient wird sich um \_\_\_\_\_ erneut bei uns melden.

**Vorschlag ihrer Apotheke:**

- Rücksprache des Patienten in der Praxis
- 

**Rückantwort des Arztes:**

- Problem bekannt, Verordnung soll wie angeordnet erfolgen
- Empfehlung der Apotheke akzeptiert
- 

\_\_\_\_\_  
Datum , Unterschrift

**Bitte umgehend an die Apotheke faxen.**