

Vor- und Familienname des Patienten/der Patientin

Versicherungsnummer

KV-Träger

--	--	--

Verordnete Arzneispezialität (inkl. Anzahl der Packungen, Packungsgröße, Dosierung etc. – lt. Rezeptangaben)

1.	
----	--

Voraussichtliche Behandlungsdauer (wenn nicht Dauermedikation)

2.	
----	--

Diagnose im Volltext oder vereinbarte softwareunterstützte Codierung

3.	
----	--

Achtung! Falls die Diagnose nicht unter die besondere Verwendung subsumierbar ist, ist die ärztliche Bewilligung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der SV-Träger jedenfalls einzuholen.

4.	Auflistung von verfügbaren Vergleichspräparaten (inkl. Angabe der Dosierung) aus dem grünen Bereich *	Begründung, warum die nebenstehenden Vergleichspräparate aus dem grünen Bereich für die Behandlung nicht zweckmäßig und wirtschaftlich sind (§ 2 RöV)
Arzneispezialitäten mit gleichem Wirkstoff, wenn billiger bzw. Arzneispezialitäten mit anderem Wirkstoff, aber zumindest teilweise deckungsgleichem Anwendungsbereich:		
a)		
b)		
c)		

*) entfällt, wenn kein Vergleichspräparat verfügbar ist.

Verordnungsrelevante Patientendaten (Auf Datum und Fundstelle der Patientendokumentation kann verwiesen werden. Bei nachfolgender Kontrolle sind die entsprechenden Unterlagen mitzuliefern.)

5.	Anamnese (inkl. Körpergröße und -gewicht)	
6.	Vorbehandlungsdaten	
7.	Befunddaten	

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorliegenden Dokumentation und nehme zur Kenntnis, dass eine mangelhafte (unvollständige) Dokumentation gemäß § 5 Abs. 5 Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung entsprechend sanktioniert werden kann.

Datum:

Stempel und Unterschrift:

FOLGEVERORDNUNGEN

Verordnungsdatum	Seit der Erstverordnung eingetretene Änderungen	Unterschrift