

Klassifizierung: öffentlich

Beispiel zur Verordnung von COVID-19-Schutzimpfungen und Imp fzubehör auf Muster 16

Grundsätzliches:

- *Vertragsärztinnen und -ärzte bestellen den Impfstoff bei der sie primär beliefernden Apotheke, von der sie üblicherweise auch den Sprechstundenbedarf beziehen.*
- Hinweis: Bitte geben Sie die Anzahl der Dosen entsprechend der Vial-Größe an: BioNTech/Pfizer 6 Dosen je Vial (gilt auch für Comirnaty Orig./BA.1® und Comirnaty Orig./BA.4-5®), BioNTech/Pfizer für Kinder (5 - 11 Jahre) 10 Dosen je Vial, Moderna 20 Dosen je Vial (je Dosis 0,25 ml), Spikevax Orig./BA.1® von Moderna 5 Dosen je Vial, Johnson & Johnson 5 Dosen je Vial, Novavax 10 Dosen je Vial, Valneva 10 Dosen je Vial.
- Es handelt sich nicht um eine Sprechstundenbedarfsverordnung.
- Die Bestellung von Impfstoff für Erst-, Zweit- und Auffrischimpfungen in Arztpraxen erfolgt auf einem Rezept. Ärztinnen und Ärzte geben darauf nur den Impfstoffnamen und die Anzahl der Dosen an. Zusammen mit dem Impfstoff wird das jeweilige Imp fzubehör (Spritzen, Kanülen, ggf. NaCl-Lösung) in entsprechender Anzahl von der Apotheke mitgeliefert.

Besondere Hinweise:

- **Bestellmenge:** Für die wöchentlichen Bestellungen können Höchstbestellmengen vorgegeben werden. Bitte beachten Sie hierzu die aktuellen Informationen auf der KVN-Internetseite. Das Bundesgesundheitsministerium appelliert, nur so viel Impfstoff zu ordern, wie in der jeweiligen Woche verimpft werden kann. Es sei auf absehbare Zeit ausreichend Impfstoff vorhanden.
- **Bestellung des Impfstoffs von Moderna:** Da für Auffrischimpfungen mit dem Impfstoff von Moderna im Vergleich zur Grundimmunisierung nur die halbe Dosis zu verwenden ist (0,25 ml statt 0,5 ml), reicht ein Vial für 20 Auffrischimpfungen oder zehn Impfungen im Rahmen der Grundimmunisierung. Da davon auszugehen ist, dass mit Moderna überwiegend Auffrischimpfungen durchgeführt werden, erhalten Praxen für 20 bestellte Dosen ein Vial. *Beispiel: Praxen bestellen für 20 Auffrischimpfungen und zehn Impfungen der Grundimmunisierung 40 Impfstoffdosen und bekommen zwei Vials geliefert.*

Bitte beachten Sie, dass im Gegensatz dazu der auf die Omikronvariante angepasste Impfstoff Spikevax Orig./BA.1 nur 5 Dosen je Vial enthält.

- **Impfstoff von BioNTech/Pfizer für Kinder (5 – 11 Jahre)**
Es sollen nur Ärztinnen und Ärzte den neuen Impfstoff bestellen, die in ihrer Praxis Kinder versorgen und die Möglichkeit haben, ein komplettes Vial mit 10 Dosen zu verbrauchen. Für die Bestellung ist kein separates Rezept nötig. Praxen geben auf dem Rezept, auf dem sie auch den Impfstoff für Jugendliche und Erwachsene bestellen, die Anzahl der Kinderimpfstoff-Dosen mit an (z.B. „30 Dosen Comirnaty plus Imp fzubehör und 20 Dosen Comirnaty für Kinder (5 - 11 Jahre) plus Imp fzubehör“). Wichtig ist der Zusatz „für Kinder (5 - 11 Jahre)“.
- **kein zusätzliches Rezept im Vertretungsfall:** Ärztinnen und Ärzte, die im Vertretungsfall impfen, benötigen kein gesondertes Rezept. Sie bestellen den Impfstoff mit demselben Rezept, mit dem sie den Impfstoff für ihre Praxis ordern.

Beispiel 1: Bestellung von SARS-CoV-2-Impfstoff und von auf die Omikronvariante angepasstem SARS-CoV-2-Impfstoff

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr-St Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)		6	7	8	9				
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung						Gesamt-Brutto	
ggf. „COVID-19-Impfstoff“*									
geb. am		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.						Faktor	Taxe
Kostenträgerkennung		1. Verordnung							
103609999		2. Verordnung							
Versicherten-Nr.		3. Verordnung							
Status									
Arzt-Nr.									
Datum									
eigene BSNR		eigene LANR		Ausstellungsdatum					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								Vertragsarztstempel	
<input checked="" type="checkbox"/> aut idem		X Impfstoffdosen Spikevax® plus erforderliches Impfungzubehör und						Vertragsarztstempel und Unterschrift des verordnenden Arztes	
<input checked="" type="checkbox"/> aut idem		X Impfstoffdosen Comirnaty Orig./BA.1® plus erforderliches Impfungzubehör							
<input type="checkbox"/> aut idem									
bbbh		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes				Muster 16 (10.2014)	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!									
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer							

Beispiel 2: Bestellung von SARS-CoV-2-Impfstoff für Kinder und Jugendliche/Erwachsene

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr-St Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)		6	7	8	9				
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung						Gesamt-Brutto	
ggf. „COVID-19-Impfstoff“*									
geb. am		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.						Faktor	Taxe
Kostenträgerkennung		1. Verordnung							
103609999		2. Verordnung							
Versicherten-Nr.		3. Verordnung							
Status									
Arzt-Nr.									
Datum									
eigene BSNR		eigene LANR		Ausstellungsdatum					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								Vertragsarztstempel	
<input checked="" type="checkbox"/> aut idem		X Impfstoffdosen Comirnaty® plus erforderliches Impfungzubehör und						Vertragsarztstempel und Unterschrift des verordnenden Arztes	
<input checked="" type="checkbox"/> aut idem		X Impfstoffdosen Comirnaty® für Kinder (5 – 11 Jahre) plus erforderliches Impfungzubehör							
<input type="checkbox"/> aut idem									
bbbh		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes				Muster 16 (10.2014)	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!									
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer							

*Ein Eintrag im Patientenfeld ist nicht vorgesehen. Falls aus technischen Gründen ein Eintrag erforderlich ist, kann „COVID-19-Impfstoff“ (ggf. über das Anlegen eines Pseudo-Patienten) angegeben werden.