

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Nachname, Vorname der Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### Sachkostenformular (Medizinprodukte) im Zusammenhang mit vertragsärztlichen Leistungen

OPS:

ICD:

EBM-Positionen:

Datum der Leistungserbringung:

Produktbezeichnung und Produktname	Anzahl in Stück*	Volumen in ml*	Hersteller

\* = ggf. Durchschnittswert für den einzelnen Behandlungs-/Krankheitsfall eintragen

Unfallfolgen \*  Arbeitsunfall \*  BVG \*

\* = ggf. anzukreuzen

Hinweis: Verordnungsfähige Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sind auf Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt) zu verordnen.

Erklärung: Die in Rechnung gestellten Materialien wurden unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§§12 Abs. 1, 70 Abs. 1 SGB V) und der medizinischen Notwendigkeit ausgewählt. Es werden nur die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung gestellt. Ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % werden an die Krankenkasse weitergegeben.

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

**Abtretungserklärung:** Hiermit trete ich meine Abrechnungsansprüche gegen die Krankenkasse an den Hersteller der verwendeten Medizinprodukte ab. Meine Haftung für die Richtigkeit der geltend gemachten Kosten bleibt durch die Rechnungslegung über einen Hersteller bzw. Lieferanten unberührt.

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes