

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnungsdokumentation zum Patientencheck Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung

Bitte Druckbuchstaben verwenden.

Bisherige Medikation	Aktuelle geänderte Medikation	Ergebnis	Begründung*
Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> Frequenz-/ Dosisänderung <input type="checkbox"/> unverändert, nicht ersetzbar	<input type="text"/> Verordnet durch (HA/FA)*:
Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> Frequenz-/ Dosisänderung <input type="checkbox"/> unverändert, nicht ersetzbar	<input type="text"/> Verordnet durch (HA/FA)*:
Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> Frequenz-/ Dosisänderung <input type="checkbox"/> unverändert, nicht ersetzbar	<input type="text"/> Verordnet durch (HA/FA)*:
Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> Frequenz-/ Dosisänderung <input type="checkbox"/> unverändert, nicht ersetzbar	<input type="text"/> Verordnet durch (HA/FA)*:
Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> Frequenz-/ Dosisänderung <input type="checkbox"/> unverändert, nicht ersetzbar	<input type="text"/> Verordnet durch (HA/FA)*:
Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> Frequenz-/ Dosisänderung <input type="checkbox"/> unverändert, nicht ersetzbar	<input type="text"/> Verordnet durch (HA/FA)*:
Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Präparat (ggf. Darreichungsform) ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> Frequenz-/ Dosisänderung <input type="checkbox"/> unverändert, nicht ersetzbar	<input type="text"/> Verordnet durch (HA/FA)*:

***Begründung der Neuverordnung**

1 = Wirkstoffgleiche Substitution (Rabatt/Generikum)
 4 = Vermeidung von Me-too
 7 = Dosis z.Z. ausreichend

2 = Vermeidung unerwünschte Wechselwirkungen
 5 = Fremdmedikation
 8 = unverändert notwendig

3 = Keine Notwendigkeit (mehr)
 6 = geänderter Wirkstoff in gleicher Indikation
 * (HA/FA) = Hausarzt/Facharzt

Bisherige Medikation	Aktuelle geänderte Medikation	Ergebnis	Begründung*
Präparat (ggf. Darreichungsform) _____ ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Präparat (ggf. Darreichungsform) _____ ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> Frequenz-/ Dosisänderung <input type="checkbox"/> unverändert, nicht ersetzbar	<input type="text"/> Verordnet durch (HA/FA)*:
Präparat (ggf. Darreichungsform) _____ ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Präparat (ggf. Darreichungsform) _____ ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> Frequenz-/ Dosisänderung <input type="checkbox"/> unverändert, nicht ersetzbar	<input type="text"/> Verordnet durch (HA/FA)*:
Präparat (ggf. Darreichungsform) _____ ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Präparat (ggf. Darreichungsform) _____ ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> Frequenz-/ Dosisänderung <input type="checkbox"/> unverändert, nicht ersetzbar	<input type="text"/> Verordnet durch (HA/FA)*:
Präparat (ggf. Darreichungsform) _____ ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Präparat (ggf. Darreichungsform) _____ ggf. PZN: _____ ∅ Tagesdosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> Frequenz-/ Dosisänderung <input type="checkbox"/> unverändert, nicht ersetzbar	<input type="text"/> Verordnet durch (HA/FA)*:

***Begründung der Neuverordnung**

1 = Wirkstoffgleiche Substitution (Rabatt/Generikum) 2 = Vermeidung unerwünschte Wechselwirkungen 3 = Keine Notwendigkeit (mehr)
4 = Vermeidung von Me-too 5 = Fremdmedikation 6 = geänderter Wirkstoff in gleicher Indikation
7 = Dosis z.Z. ausreichend 8 = unverändert notwendig * (HA/FA) = Hausarzt/Facharzt

Bisheriges Heilmittel	Aktuell geändertes Heilmittel	Ergebnis	Begründung
Heilmittel (HM) _____ Anzahl <input type="text"/> <input type="text"/> ggf. HM-Postionsnr. _____ Indikationsschlüssel _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Heilmittel (HM) _____ Anzahl <input type="text"/> <input type="text"/> ggf. HM-Postionsnr. _____ Indikationsschlüssel _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nicht weiter- verordnet <input type="checkbox"/> Umstellung <input type="checkbox"/> unverändert	_____ _____ _____
Heilmittel (HM) _____ Anzahl <input type="text"/> <input type="text"/> ggf. HM-Postionsnr. _____ Indikationsschlüssel _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Heilmittel (HM) _____ Anzahl <input type="text"/> <input type="text"/> ggf. HM-Postionsnr. _____ Indikationsschlüssel _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nicht weiter- verordnet <input type="checkbox"/> Umstellung <input type="checkbox"/> unverändert	_____ _____ _____
Heilmittel (HM) _____ Anzahl <input type="text"/> <input type="text"/> ggf. HM-Postionsnr. _____ Indikationsschlüssel _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Heilmittel (HM) _____ Anzahl <input type="text"/> <input type="text"/> ggf. HM-Postionsnr. _____ Indikationsschlüssel _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nicht weiter- verordnet <input type="checkbox"/> Umstellung <input type="checkbox"/> unverändert	_____ _____ _____

Bemerkungen:

Stempel der Arztpraxis / Unterschrift Vertragsarzt/MVZ

Datum (TT.MM.JJJJ)

Bei Fragen zu diesem Dokumentationsbogen wenden Sie sich bitte an:

Telefon: _____

Per Fax zurück an: _____

Email: _____@_____