

Kassenrezept einer Kinderärztin für einen 11-jährigen Jungen

| Formale Kontrolle | Ergebnis |
|---|---------------|
| Krankenkasse: Name, Kassennummer | vollständig |
| Patientendaten: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Vers.-Nr., Status | vollständig |
| Arzt Daten: Stempel, Unterschrift, Betriebsstätten- u. Kassenarzt-Nr. | unvollständig |
| Ausstellungsdatum: Gültigkeit vier Wochen nach Ausstellung? | ja |
| Aut-idem-Kreuze | nein |
| Befreiung | ja |

Was muss abgegeben und beachtet werden?

Cefaclor forte. Wirkstoffverschreibung. 2 x 100 ml: Saft oder Trockensaft. „Forte“: 250 mg/5 ml, z. B. Cefaclor Stada® 250 TS, 2 x 100 ml, N2. Rabattverträge beachten.

Sinupret® forte Dragees, N1, 20 Stück. Apothekenpflichtiges Arzneimittel. Für Kinder < 12 Jahren werden die Kosten von der Krankenkasse übernommen.

Achtung. Unterschrift der Ärztin ergänzen lassen!

Fragen zum Einstieg ins Beratungsgespräch

Zum Patienten. Was hat Dir der Arzt zum Antibiotikum schon gesagt? Kennst Du Sinupret® forte vielleicht schon?

Zur Begleitperson. Sind Sie mit der Zubereitung des antibiotischen Safts vertraut?

Beziehen Sie den 11-jährigen Jungen in die Beratung mit ein und sprechen Sie nicht über seinen Kopf hinweg nur mit der Begleitperson.

Patientenberatung zur Verordnung

Cefaclor forte TS (Cefaclor 250 mg/5ml). Antibiotikum (Cefalosporin). Behandlung von Infekten der oberen und unteren Atemwege, aber auch Harnwegsinfektionen. Herstellung einer Suspension aus dem Trockensaft mit Leitungswasser. Aufbewahrung des zubereiteten Safts im Kühlschrank für max. 14 Tage. Vor jeder Anwendung Suspension aufschütteln. Dosierung mit dem beiliegenden Messlöffel. Dosierung lt. Packungsbeilage. Regelmäßige Einnahme: alle 8 Std. Bei allergischen Reaktionen (Hautausschlag, Nesselausschlag, Atembeschwerden) sofort absetzen und den Arzt aufsuchen. Bei anhaltend schweren Durchfällen Antibiotikum absetzen und den Arzt aufsuchen.

Sinupret®. Pflanzliches Sekretolytikum. Regelmäßige Einnahme: 3 x 1 Dragee. Zur Unterstützung der Wirkung reichliche Flüssigkeitsaufnahme empfehlenswert.

Kommentar. Kombination beider Arzneimittel lässt auf einen Infekt der oberen Atemwege (Sinusitis oder Otitis media) schließen.

1234567Y

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Dr. Petra Drilling
Kinderärztin
Hauptstr. 11
Musterstadt
Tel.: 0100/10050

Vertragsarztstempel

| | | | |
|-------------------------------|----------------|---------------|------------------|
| Zuzahlung | | Gesamt-Brutto | |
| 6 | 7 | 8 | 9 |
| Hitze- mittel | Impf- stoff | Spr- St. | Begr- Pflicht |
| BGV Apotheken-Nummer / Iik | | | |
| Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | | Faktor | |
| Taxe | | | |
| 1. Verordnung | | | |
| 2. Verordnung | | | |
| 3. Verordnung | | | |

Abgabedatum
in der Apotheke

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!

6666

aut
idem

aut
idem

aut
idem

Georg Meier

Gefacolor Forte 2 x 100 ml

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

| | | | |
|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | BARMER | |
| Name, Vorname des Versicherten | | C. Benjamin | |
| Geb.- pl. | | 16.09.96 | |
| Geb.- ort | | geb. am | |
| Sonsige | | Unterer Eggenweg 5 4000 Musterdorf | |
| Kassen-Nr. | | Versicherten-Nr. | |
| 3480007 | | 012345678000 | |
| Status | | 3 | |
| Betriebsstätten-Nr. | | Arzt-Nr. | |
| 1234567 | | 1234567 | |
| Datum | | 27.04.08 | |
| Arbeits- unfall | | | |

Vorsicht bei der Selbstmedikation

- ▶ Bei auftretenden Hauterscheinungen (Quaddeln, Pusteln) ist an allergische Reaktionen zu denken und eine Eigenbehandlung abzulehnen. Schicken Sie den Patienten zum Arzt.
- ▶ Bei auftretenden schweren Durchfällen ist an pseudomembranöse Kolitis zu denken und eine Eigenbehandlung abzulehnen. Behandlung durch den Arzt.
- ▶ Bei gleichzeitigem Husten kein Acetylcystein (ACC) empfehlen: mögliche Abschwächung der antibiotischen Wirkung.

Zusatzempfehlungen

- ▶ Viel trinken, um das Sekretlösen zu unterstützen. Evtl. Kräuter- oder Früchtetees.
- ▶ Bei Behinderung der Nasenatmung evtl. abschwellende Nasentropfen (z. B. Nasivin®).
- ▶ Bei wunder, trockener Nase: pflegende Nasensalben (z. B. Bepanthen®).
- ▶ Inhalieren mit Kochsalz oder Kamillenaufguss.
- ▶ Auffüllen der Hausapotheke: z. B. Fieber- und Schmerzmittel.
- ▶ Verhaltenstipps: Bei Fieber möglichst Ruhe einhalten, ausreichend schlafen, nur leichte Kost.

Privatrezept eines Orthopäden für eine 73-jährige Patientin

| Formale Kontrolle | Ergebnis |
|--|--------------|
| Krankenkasse: Name, Kassenummer | Privatrezept |
| Patientendaten: Name, Anschrift, Geburtsdatum | vollständig |
| Arzt Daten: Stempel, Unterschrift, Kassenarzt-Nr. | vollständig |
| Ausstellungsdatum: Gültigkeit drei Monate nach Ausstellung? | ja |
| Aut-idem-Kreuze | ja |
| Befreiung | nein |

Was muss abgegeben und beachtet werden?

Voltaren® Emulgel, 100 g.

Ibuprofen 400, N1. Wirkstoffverordnung. Im Handel befindlich sind Ibuprofen „akut“ 400 mg, 10 Tabl., N1, apothekenpflichtig und Ibuprofen 400 mg, 20 Tabl., N1, verschreibungspflichtig. Therapiegerechte Auswahl nach Rücksprache mit dem Patienten, nach Berücksichtigung der Kosten.

Fragen zum Einstieg ins Beratungsgespräch

Kennen Sie die Mittel bereits oder sind sie neu für Sie? Wie häufig nehmen Sie die Tabletten gegen Entzündung und Schmerzen ein? Wie lange werden Sie sie wahrscheinlich einnehmen? An welcher Körperstelle haben Sie Schmerzen?

Patientenberatung zur Verordnung

Voltaren® Emulgel (Diclofenac). Antiphlogistikum zur lokalen Behandlung von Schmerzzuständen des Bewegungsapparats. Verordnungsfähigkeit zu Lasten einer gesetzlichen Krankenkasse nur bei Indikation „Thrombophlebitis superfizialis“. Meist 2–3 x tägliches Einreiben der betroffenen Körperpartien. Nur auf intakte Haut auftragen.

Ibuprofen 400 (Ibuprofen). Antiphlogistikum gegen Schmerzen und Entzündung. Einnahme bis zu 3 x täglich 1 Tabl. zu einer Mahlzeit. NW: Magen-Darm-Blutungen, -ulzera möglich.

Kommentar. Vorsicht NW Magen-Darm-Blutungen/Ulzera bei Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika. Zur Mahlzeit einnehmen. Möglichst niedrige Dosierung verwenden.

Betäubungsmittelrezept eines Anästhesisten für einen 79-jährigen Patienten

| Formale Kontrolle | Ergebnis |
|--|-------------|
| Krankenkasse: Name, Kassenummer | vollständig |
| Patientendaten: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Vers.-Nr., Status | vollständig |
| Arzt Daten: Stempel mit Arztbezeichnung, genauer Adresse und Telefonnummer , Unterschrift, Betriebsstätten-, Kassenarzt-Nr. | vollständig |
| Ausstellungsdatum: Gültigkeit sieben Tage nach Ausstellung? | ja |
| Besondere Anforderungen auf BtM-Rezept: Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe oder „Gemäß schriftlicher Anweisung“ | vollständig |
| Aut-idem-Kreuze | ja |
| Befreiung | nein |

Was muss abgegeben und beachtet werden?

Norspan® 5 µg/h 8 Pfl., N2. 50 ug. Druckfehler. Rücksprache mit dem Arzt wegen korrekter Dosierung. Dokumentation nach Betäubungsmittelverordnung.

Verschreibungshöchstmengen beachten. 1 Pflaster enthält 5 mg Buprenorphin, Gesamtabgabe bei 8 Pflastern 40 mg, verordnungsfähige Höchstmenge bei Ärzten 800 mg eingehalten. Kein „A“ für Ausnahme von der BtM-Verschreibungsverordnung (§2 Abs. 2) notwendig. Die vom Arzt angegebene Dosierung auf die FAM-Packung übertragen.

Fragen zum Einstieg ins Beratungsgespräch

Bekommen Sie die Schmerzpflaster zum ersten Mal oder kennen Sie sie bereits?

Patientenberatung zur Verordnung

Norspan® 5µg/h (Buprenorphin). Starkes (Opioid-)Analgetikum zur Behandlung von starken Schmerzen in Form eines transdermalen Pflasters. Pflaster auf ein sauberes, trockenes, unbehaartes gesundes Hautareal am Körper kleben. Pflasterwechsel alle sieben Tage, Hautstelle zum Aufkleben wechseln. Häufige NW sind Kopfschmerzen, Müdigkeit, Übelkeit, Verstopfung.

Kommentar. Zur Behandlung starker Schmerzen im Rahmen einer kontrollierten Schmerztherapie. Oft Zusatzmedikation notwendig: z. B. weitere schnellwirksame Opiode zur Schmerzkupierung, (osmotische) Laxanzien zur Prophylaxe und Behandlung der Obstipation, Antiemetikum.

| | | | |
|--|--|--|--|
| AOK LKK BKK IKK VDAK AEV Kapschalt UV*) | | Nachdruck verboten | |
| AOK Göttingen | | Name, Vorname des Patienten | |
| P. Helmut | | geb. am | |
| Bäckerst. 46 | | 07.07.28 | |
| 7000 Musteringen | | Status | |
| Kassen-Nr. | | Versicherten-Nr. | |
| 8018531 | | 01234567 | |
| Vertragsarzt-Nr. | | VK gültig bis | |
| 1234567 | | Datum | |
| 0 4 0 4 0 8 | | 1234567 | |
| Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) | | 1234567 | |
| NORSPAN 50 UG/H PFT 8 ST N2 (acht) | | (PZN: 683619/GRÜNENTHAL GMBH) | |
| Dosisierung gemäß ärztlicher | | Anordnung "A" | |
| 5554 | | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | |
| 1234567 | | Dr. med. Dirk Taub | |
| Arzt für Anästhesiologie | | Hauptstr. 1c | |
| Musterstadt | | Tel.: 0100/110300 | |
| *) Unfalltag/Unfallbetrieb | | Unterschrift des Arztes | |
| Zuzahlung | | Gesamt-Britto | |
| 6 | | 9 | |
| SpSt Bedarf | | Apotheken-Nummer/IK | |
| BVG | | Faktor | |
| Pharmazentral-Nr. | | Taxe | |
| Teil II für die Apotheke zur Verrechnung | | Teil II für die Apotheke zur Verrechnung | |

Vorsicht bei der Selbstmedikation

- ▶ Bei der Behandlung mit anderen Arzneimitteln in der Selbstmedikation oder nach ärztlicher Verordnung sind mögliche Wechselwirkungen zu beachten
- ▶ Bei Fieber und Wärmeeinwirkung höhere Wirkstoffaufnahme durch die Haut: Vorsicht Überdosierung! Keine wärmenden Salben bzw. Pflaster empfehlen.
- ▶ Bei starker Müdigkeit, Erbrechen, Übelkeit keine Selbstmedikation, Rücksprache mit dem Arzt (evtl. Überdosierung).
- ▶ Bei eingeschränkter Atemtätigkeit (Überdosierung!) Pflaster entfernen, Patienten wach halten, Notarzt rufen!

Zusatzempfehlungen

- ▶ Bei Verstopfung regelmäßige Einnahme von Quellstoffen (Plantago ovata, Macrogole) empfehlen. Lactulose führt häufig zu starkem Meteorismus.
- ▶ Schmerzpflaster zu Hause besonders geschützt aufbewahren.
- ▶ Zum Entsorgen Klebeflächen aufeinanderkleben, Hautkontakt meiden. Gefahr: Hoher Restgehalt Buprenorphin im gebrauchten Pflaster.

Grünes Rezept eines Hautarztes für einen 65-jährigen Patienten

| Formale Kontrolle | Ergebnis |
|--|---|
| Krankenkasse: Name, Kassenummer | Bei grünen Rezepten und der Verordnung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln keine formale Kontrolle notwendig |
| Patientendaten: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Vers.-Nr., Status | |
| Arztdaten: Stempel, Unterschrift, Betriebsstätten- u. Kassenarzt-Nr. | |
| Ausstellungsdatum: Gültigkeit vier Wochen nach Ausstellung? | |
| Aut-idem-Kreuze | |
| Befreiung | |

Was muss abgegeben und beachtet werden?

Fungizid ratiopharm® Creme, 20 g. Apothekenpflichtiges Arzneimittel. Der Patient trägt die Kosten selbst.

Fragen zum Einstieg ins Beratungsgespräch

Was hat Ihnen der Arzt zur Anwendung dieser Creme gesagt? Kennen Sie dieses Mittel schon?

Patientenberatung zur Verordnung

Fungizid ratiopharm® (Clotrimazol). Antimykotikum zur Behandlung von Pilzinfektionen durch Dermatophyten, Hefen oder Schimmelpilze der Haut oder Schleimhaut. Anwendung häufig z. B. bei Fußpilz oder Mykosen in Hautfalten (z. B. in der Leiste). Anwendung: 2–3 x täglich die betroffenen Hautstellen dünn bestreichen, Anwendung mindestens vier Wochen, mindestens zwei Wochen über die Beschwerden hinweg.

Kommentar. Ausreichende Diskretion einhalten bei der Nachfrage nach der zu behandelnden Körperstelle. Anwendung auch im Anogenitalbereich möglich.

Dieses Rezept können Sie nicht zur Erstattung
bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse einreichen.

Unterschrift des Arztes



1234567
Dr. Erich Mantel
Facharzt für Dermatologie
Hauptstr. 1
Musterstadt
Tel: 0100/10500

Fungizid Ratiopharm CRE 20

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

| | | |
|---|--|----------|
| Datum | | 17.04.08 |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| S. Horst geb. am 26.10.42 | | |
| Rosenberg 26 4000 Musterdorf | | |
| Bezugsdatum | | |
| Apotheken-Nummer / IK | | |
| Gesamt-Brutto | | |
| Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr. | | |
| Faktor | | |
| Taxe | | |

Vorsicht bei der Selbstmedikation

- ▶ Bei Wunsch nach „Entsäuerungstherapie“ oder basischen Badeszusätzen abraten. Durch eine Anhebung des pH-Werts Schwächung des Säureschutzmantels.

Zusatzempfehlungen

- ▶ Angemessene Hygiene: pH-neutrale Waschsyndets verwenden (zum Erhalt des Säureschutzmantels), Haut danach gut abtrocknen. Empfehlung bei Fußpilz: Badeschuhe tragen, nicht barfuß laufen; täglich Socken wechseln und Socken auskochen; täglich Schuhe wechseln und gut auslüften; schonende Nagelpflege ohne Verletzung des Nagelbetts, evtl. professionelle Pediküre.