

## **REZEPTURBEFUGNIS FÜR WAHLÄRZTINNEN/WAHLÄRZTE BEITRITTSANSUCHEN**

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der Verlängerung des Pilotprojektes **beantrage ich hiermit die Rezepturbefugnis** für Wahlärztinnen/Wahlärzte **befristet bis 31.12.2023**. Ich erhalte von der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) Rezepte, welche für deren Anspruchsberechtigte gültig sind, die in meiner Ordination in Behandlung stehen.

Ich werde mich mit den übermittelten Unterlagen zum Thema EKO, RöV und Rezepturbefugnis vertraut machen. Sowohl der Erstattungskodex als auch die RöV sind unter folgenden Links auch online abfragbar: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.693707> bzw. <https://www.ris.bka.gv.at/SVRecht/>

Für Fragen steht mir unter der Telefonnummer 05 0766-126161 eine Ansprechpartnerin/ein Ansprechpartner zur Verfügung.

Bei der Verschreibung von Arzneimitteln für Rechnung der Österreichischen Gesundheitskasse werde ich die Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV) – insbesondere die Vorgaben des EKO und das Ampelprinzip - beachten.

Außerdem verpflichte ich mich, einen mit den für Vertragsärztinnen und -ärzten vergleichbaren Generikaanteil anzustreben (dieser betrug in NÖ im Durchschnitt Jänner bis Oktober 2019 gemessen am Anteil der Verordnungen der Nachfolgepräparate an den verordneten Gesamtpackungen 35,6 %) und werde dabei durch das Ökotool unterstützt. Ich verwende das Ökotool in der aktuellen Version und verordne unter Beachtung der medizinischen Erfordernisse grundsätzlich die im Ökotool enthaltenen Arznei- und Heilmittel. Dies gilt ebenso für wirkstoffgleiche und wirkstoffähnliche Arznei- und Heilmittel sowie Biosimilars.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die zur Verfügung gestellten Rezepte eingezogen werden können, wenn keine Orientierung an den RöV erkennbar ist.

### **Meine Daten**

Titel, Name: \_\_\_\_\_

Fachgebiet:

- Allgemeinmedizin  
 Anderes bitte anführen \_\_\_\_\_

Ich benötige ca. \_\_\_\_\_ Rezepte (Angabe des ungefähren Bedarfs für drei Monate).

Ordinationsadresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift und Arztstempel: