

**Freigabe 01.09.2014**

**Verordnung von Krankenhausbehandlung** **2**  
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Diagnose

---

---

---

---

---

☐ Belegarzt-  
behandlung

☐ Notfall

☐ Unfall,  
Unfallfolgen

☐ Versorgungs-  
leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Bitte die Rückseite beachten!**

Muster 2a (10.2014)

Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.

Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.

*Vom Krankenhaus auszufüllen:*

Krankenhausaufnahme

erfolgt(e) am \_\_\_\_\_

**Freigabe 01.09.2014**

**Verbindliches Muster**

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

☐ Belegarzt-  
behandlung

☐ Notfall

☐ Unfall,  
Unfallfolgen

☐ Versorgungs-  
leiden (BVG)

Nächst erreichbare, geeignete Krankenhäuser

Diagnose

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!**

Untersuchungsergebnisse \_\_\_\_\_

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) \_\_\_\_\_

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) \_\_\_\_\_

Mitgegebene Befunde \_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

☐ Belegarzt-  
behandlung

☐ Notfall

☐ Unfall,  
Unfallfolgen

☐ Versorgungs-  
leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Diagnose

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!**

Untersuchungsergebnisse \_\_\_\_\_

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) \_\_\_\_\_

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) \_\_\_\_\_

Mitgegebene Befunde \_\_\_\_\_

## Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

3

Ausfertigung für die Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Zum Nachweis gegenüber der Krankenkasse  
(Beantragung von Mutterschaftsgeld) bescheinige ich,  
dass die oben bezeichnete Versicherte  
voraussichtlich entbinden wird am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Die Bescheinigung erteile ich auf Grund der  
von mir vorgenommenen Untersuchung am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Ggf. besondere Feststellungen

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

*Vor der Weitergabe des Vordrucks an die Krankenkasse von der Versicherten auszufüllen.*

Name, Vorname

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

PLZ

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

--	--	--	--	--	--

Kontoinhaber

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geldinstitut

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

Ich bin derzeit

gekündigt / befristet zum

☐

beschäftigt, bei

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Anschrift des Arbeitgebers

☐

selbständig

☐

arbeitslos

☐

Künstlerin / Publizistin

**Erklärung:**

Änderungen meiner Angaben teile ich der Krankenkasse umgehend mit.  
Sofern sich der mutmaßliche Entbindungstermin verschiebt, informiere ich  
meine Krankenkasse und meinen Arbeitgeber bzw. die Agentur für Arbeit.

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Unterschrift der Versicherten

**Freigabe 01.09.2014**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.



Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Zeugnis über den  
mutmaßlichen Tag  
der Entbindung**

**3**

**Ausfertigung für die Versicherte**  
(z.B. zur Vorlage beim Arbeitgeber)

Die Bescheinigung erteile ich auf Grund der  
von mir vorgenommenen Untersuchung am

T T M M J J

T T M M J J

Ggf. besondere Feststellungen

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Zuzahlungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungsfrei	Name, Vorname des Versicherten		
			geb. am
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

<input type="checkbox"/>	Unfall, Unfallfolge		
<input type="checkbox"/>	Arbeitsunfall, Berufskrankheit		
<input type="checkbox"/>	Versorgungsleiden (z.B. BVG)		
<input type="checkbox"/>	Hinfahrt	<input type="checkbox"/>	Rückfahrt

## 1. Grund der Beförderung

## Genehmigungsfreie Fahrten

- a) ☐ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung ☐ vor-/nachstationäre Behandlung
- b) ☐ ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)**
- c) ☐ anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: \_\_\_\_\_

## Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

- d) ☐ hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
- e) ☐ dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
- f) ☐ anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

## 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 /  x pro Woche, bis voraussichtlich 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Behandlungsstätte (Name, Ort)

\_\_\_\_\_

## 3. Art und Ausstattung der Beförderung

<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/> liegend

## 4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

\_\_\_\_\_

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



## Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

[illegible]

## Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

☐ nein ☐ ja Datum  
T T M M J J

**Freigabe 17.02.2020**

**Verbindliches Muster**

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

## Abrechnungsdaten des Transporteurs

## IK des Transporteurs

Belegnummer

Gesamt-Brutto

[illegible]

Rechnungsnummer

Zuzahlung

[illegible]

## Positionsnummer

Anzahl

km

## Positionsnummer

Anzahl

km

[illegible]

**Abrechnungsschein**☐ambulante  
Behandlung☐bei belegärztlicher  
Behandlung☐Unfall,  
Unfallfolgen

Quartal

☐☐☐Abklärung somatischer Ursachen  
vor Aufnahme einer Psychotherapie☐anerkannte  
Psychotherapie

Geschlecht

☐☐

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Tag

Mon.

Tag

Mon.

Mutmaßlicher Tag der Entbindung

Stationäre belegärztliche Behandlung

Tag

Monat

Tag

Monat

von

bis

Ich bin bei der oben genannten  
Krankenkasse versichert.

Datum

Unterschrift

**Verbindliches Muster**

Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten

## Überweisungsschein

06

Quartal

☐ Kurativ   ☐ Präventiv   ☐ Behandl. gemäß § 116b SGB V   ☐ bei belegärztl. Behandlung

Q J J

Geschlecht

☐ Unfall Unfallfolgen   Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2   T T M M J J   ☐

Überweisung an

AU bis

☐ Ausführung von Auftragsleistungen   ☐ Konsiliaruntersuchung   ☐ Mit-/Weiterbehandlung   T T M M J J

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Diagnose/Verdachtsdiagnose


## Befund/Medikation


## Auftrag


Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

# Überweisung

7

Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur  
Abklärung somatischer Ursachen

Diagnosen/Indikation zur Psychotherapie:

---

---

---

---

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Information für den Arzt:

---

---

---

---

---

---

*Der Konsiliarbericht ist dem Psychologischen Psychotherapeuten  
oder Kinder- und Jugendlichentherapeuten möglichst zeitnah,  
spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.*

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Stempel / Unterschrift des Therapeuten



## Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)

Ich erkläre,


dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe

dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist

Datum

Unterschrift des Versicherten

## Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift


in Höhe des geltenden Festbetrages

in Höhe von                      Euro

Datum

**Verbindliches Muster**

## Empfangsbestätigung

\_\_\_\_\_ Glas / Gläser bzw. Kontaktlinsen

Sonstiges:

Datum

Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)

## Bescheinigung des Leistungserbringers

Die Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst.

Ich versichere, dass die gelieferte Sehhilfe der Verordnung entspricht.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Datum

**Freigabe 01.09.2014**

## Zur Beachtung für den Versicherten

Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag.

Die **Lieferung anderer Ware** anstelle der verordneten Sehhilfen ist **nicht gestattet**.



## Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)

Ich erkläre,

☐  
☐

dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe

dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist

Datum

Unterschrift des Versicherten

## Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

☐  
☐

in Höhe des geltenden Festbetrages

in Höhe von                      Euro

Datum

## Empfangsbestätigung

\_\_\_\_\_ vergrößernde Sehhilfen

Datum

Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)

## Bescheinigung des Leistungserbringers

Die vergrößernde Sehhilfe wurde gemäß  
vorstehender Empfangsbestätigung  
abgegeben und angepasst.

Ich versichere, dass die gelieferte vergrößernde  
Sehhilfe der Verordnung entspricht.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Datum

**Verbindliches Muster**

**Freigabe 01.09.2014**

## Zur Beachtung für den Versicherten

Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag.

Die **Lieferung anderer Ware** anstelle der verordneten vergrößernden Sehhilfen ist **nicht gestattet**.



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes

*Erforderlich für die Gewährung des verlängerten Mutterschaftsgeldes. Diese Bescheinigung erübrigt sich bei Mehrlingsgeburten.*

### 1. Frühgeburt, geboren am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

- ☐ a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm
- ☐ b) Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, es besteht jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen oder verfrühter Beendigung der Schwangerschaft
- ☐ c) Totgeburt ab 500 Gramm oder ab 24. Schwangerschaftswoche jeweils mit Anzeichen nach a) oder b)

### 2. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

- ☐ Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor  
*Bitte Rückseite ausfüllen!*

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Wird die Verlängerung des Mutterschaftsgeldes aufgrund einer Behinderung des Kindes beantragt, sind folgende Angaben von der Versicherten **vor der Weitergabe der Bescheinigung an die Krankenkasse** einzutragen:

Hiermit beantrage ich die Auszahlung des verlängerten Mutterschaftsgeldes.  
(Die Angaben sind nur erforderlich, wenn die Daten von der Vorderseite abweichen.)

Name, Vorname der Versicherten

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Wohnort

**Freigabe 21.01.2019**

--	--	--	--	--

### Erklärung

Für Arbeitnehmerinnen:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse meinen Arbeitgeber über die Auszahlung des verlängerten Mutterschaftsgeldes informiert.

Für Bezieherinnen von Arbeitslosengeld:

Ich informiere die Agentur für Arbeit über die verlängerte Mutterschaftsgeldzahlung.

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Unterschrift der Versicherten

Überweisungsschein für Laboratoriums-  
untersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

☐ **Befund**  
eilt, Übermittlung an

☐

Telefon

☐

Fax

Nr. \_\_\_\_\_



Kurativ



Präventiv

bei belegärztl.  
BehandlungUnfall,  
Unfallfolgen

## Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!Knappschafts-  
kennziffer
     

Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung  
bekannte InfektionBehandlung  
gemäßeingeschränkter  
Leistungsanspruch
☐ § 116b  
SGB V

☐ gemäß § 16  
Abs. 3a SGB V
Empfängnisregelung, Sterilisation,  
Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Anforderungsschein für Laboratoriums-  
untersuchungen bei Laborgemeinschaften

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Verbindliches Muster

☐

Kurativ

☐

Präventiv

☐bei belegärztl.  
Behandlung☐Unfall,  
UnfallfolgenKnappschafts-  
kennziffer

Geschlecht

SSW

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett  
einkleben !

Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen

Abnahmedatum

Abnahmezeit

T T M M J J

h h m m

<input type="checkbox"/> Befund eilt	1	Serum / Plasma / Vollblut						Urin	
EDTA-Blut		<input type="checkbox"/> alkalische Phosphatase	13	<input type="checkbox"/> Gamma GT	27	<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	42	<input type="checkbox"/> Status	55
<input type="checkbox"/> großes Blutbild	2			<input type="checkbox"/> Glukose	28	<input type="checkbox"/> Lipase	43	<input type="checkbox"/> Mikroalbumin	56
<input type="checkbox"/> kleines Blutbild	3	<input type="checkbox"/> Amylase	14	<input type="checkbox"/> GOT / ASAT	29	<input type="checkbox"/> Natrium	44	<input type="checkbox"/> Glukose	58
<input type="checkbox"/> HbA1c	4	<input type="checkbox"/> ASL	15	<input type="checkbox"/> GPT / ALAT	30	<input type="checkbox"/> OP-Vorbereitung (32125)	45	<input type="checkbox"/> Sediment	60
<input type="checkbox"/> Retikulozyten	5	<input type="checkbox"/> Bilirubin direkt	16	<input type="checkbox"/> Harnsäure	31		Citrat-Blut		
<input type="checkbox"/> Blutsenkung	6	<input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt	17	<input type="checkbox"/> Harnstoff	32	<input type="checkbox"/> Phosphat, anorg.	46	<input type="checkbox"/> Quick	8
Gesundheits- untersuchungen		<input type="checkbox"/> Calcium	18	<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	34	<input type="checkbox"/> Transferrin	47	<input type="checkbox"/> Quick unter Marcumar-Therapie	9
		<input type="checkbox"/> Cholesterin	19	<input type="checkbox"/> IgA	35	<input type="checkbox"/> Triglyceride	48		
		<input type="checkbox"/> Cholinesterase	20	<input type="checkbox"/> IgG	36	<input type="checkbox"/> TSH	49		
<input type="checkbox"/> Harnstreifentest (32880)	62	<input type="checkbox"/> CK	21	<input type="checkbox"/> IgM	37			<input type="checkbox"/> Thrombinzeit	10
<input type="checkbox"/> Nüchternplasma-glukose (32881)	63	<input type="checkbox"/> CRP	23	<input type="checkbox"/> Kalium	38	Glukose-Profil		<input type="checkbox"/> PTT	11
		<input type="checkbox"/> Eisen	24	<input type="checkbox"/> Kreatinin	39	<input type="checkbox"/> Glukose 1	51		
<input type="checkbox"/> Lipidprofil (32882)	64	<input type="checkbox"/> Eiweiß Elektrophorese	25	<input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance	40	<input type="checkbox"/> Glukose 2	52	<input type="checkbox"/> Sonstiges	61
						<input type="checkbox"/> Glukose 3	53		
		<input type="checkbox"/> Eiweiß gesamt	26	<input type="checkbox"/> LDH	41	<input type="checkbox"/> Glukose 4	54		

## Bericht für den Medizinischen Dienst

Der behandelnde Arzt wird gebeten, den nachstehenden Berichtsvordruck auszufüllen und Röntgen-, Labor- und andere Spezialbefunde sowie Krankenhausberichte und dergleichen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung zu stellen. Dieser Vordruck ist dann nicht auszufüllen, wenn spätestens am Tage der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst die Arbeitsunfähigkeit beendet ist.

Datum der letzten Untersuchung 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Diagnose \_\_\_\_\_

Befunde \_\_\_\_\_

Mitbehandlung ☐ nein ☐ ja, im Fachbereich \_\_\_\_\_

Es droht ☐ eine Verschlimmerung des Leidens oder ☐ Behinderung

Besondere Hinweise \_\_\_\_\_

Patientin / Patient kann den Medizinischen Dienst nicht aufsuchen, weil \_\_\_\_\_

Eine Begutachtung ist voraussichtlich nach 

--	--

 Tagen / Wochen möglich. (*Nichtzutreffendes streichen*)

Arbeitsfähig ab 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Voraussichtlich arbeitsfähig ab 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Folgendes ist mit der Bitte um Rückgabe beigelegt:

☐ Röntgen-  
befund ☐ Ultraschall-  
befund ☐ EKG-  
befund

☐ Labor-  
befund ☐ Arzt- oder  
Krankenhausbericht

Sonstiges \_\_\_\_\_

Für den Bericht des Arztes ist die  
Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Freigabe 31.10.2014**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen  
(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)☐ Erst-  
verordnung☐ Folge-  
verordnung☐ Unfall

vom

T T M M J J

bis

T T M M J J

## Behandlungspflege

## Medikamentengabe, Präparate

<input type="checkbox"/>	Herrichten der Medikamentenbox			
<input type="checkbox"/>	Medikamentengabe			
<input type="checkbox"/>	Injektionen	<input type="checkbox"/> herrichten	<input type="checkbox"/> intramuskulär	<input type="checkbox"/> subkutan

Dauer nur anzugeben bei Abweichung  
von Dauer der gesamten Verordnung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Blutzuckermessung

<input type="checkbox"/>	Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)	<input type="checkbox"/>	bei intensivierter Insulintherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## Kompressionsbehandlung

<input type="checkbox"/>	Kompressionsstrümpfe anziehen	<input type="checkbox"/>	rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> beidseits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kompressionsverbände anlegen	<input type="checkbox"/>	Kompressionsstrümpfe ausziehen	<input type="checkbox"/>	Kompressionsverbände abnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Stützende und stabilisierende Verbände, Art					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart					
Lokalisation		aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)		aktueller Grad	
Präparate, Verbandmaterialien					

<input type="checkbox"/>	Wundversorgung akut	<input type="checkbox"/>	Wundversorgung chronisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

	Anzahl
--	--------

## Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

<input type="checkbox"/>	Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V	Häufigkeit					Dauer	
<input type="checkbox"/>	Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Grundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Weitere Hinweise


Ausfertigung für die Krankenkasse

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

## Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom

T T M M J J

bis

T T M M J J

☐ in meinem Haushalt☐ im Haushalt einer sonstigen Person☐ in einer Werkstatt für behinderte Menschen☐ in einer Schule, Kindergarten☐ in einer Wohngemeinschaft☐ in einer betreuten Wohnform☐ in einer sonstigen Einrichtung

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ

Ort

☐ Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden


☐ Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person **nicht** erbracht werden☐ Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Datum

T T M M J J

Unterschrift des Versicherten  
oder des gesetzlichen Vertreters

## Angaben des Pflegedienstes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom

T T M M J J

bis

T T M M J J

Leistung

Häufigkeit

Dauer

tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (*Vertragspartner gem. § 132a Abs. 4 SGB V*)

Name des Pflegedienstes

Straße, Haus-Nr

PLZ

Ort

Institutionskennzeichen Pflegedienst

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)

Telefonnummer des Pflegedienstes

Fax-Nr. des Pflegedienstes

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes

Datum

T T M M J J

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen  
(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)☐ Erst-  
verordnung☐ Folge-  
verordnung☐ Unfall

vom

T T M M J J

bis

T T M M J J

## Behandlungspflege

## Medikamentengabe, Präparate

<input type="checkbox"/>	Herrichten der Medikamentenbox			
<input type="checkbox"/>	Medikamentengabe			
<input type="checkbox"/>	Injektionen	<input type="checkbox"/> herrichten	<input type="checkbox"/> intramuskulär	<input type="checkbox"/> subkutan

Dauer nur anzugeben bei Abweichung  
von Dauer der gesamten Verordnung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Blutzuckermessung

☐ Erst- oder Neueinstellung  
(max. 4 Wochen und max. 3x täglich)☐ bei intensivierter Insulintherapie

## Kompressionsbehandlung

☐ Kompressionsstrümpfe anziehen☐ Kompressionsverbände anlegen☐ rechts ☐ links ☐ beidseits☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen☐ Kompressionsverbände abnehmen☐ Stützende und stabilisierende Verbände, Art

## Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart

Lokalisation

aktuelle Größe  
(Länge, Breite, Tiefe)aktueller  
GradPräparate,  
Verbandmaterialien☐ Wundversorgung akut☐ Wundversorgung chronisch☐ Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

## Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege


<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

--	--	--	--	--

Anzahl

## Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

☐ Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V☐ Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V☐ Grundpflege☐ hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Hinweise


Ausfertigung für den Pflegedienst

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen  
(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

vom TTMMJJ bis TTMMJJ

## Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

☐ Herrichten der Medikamentenbox  
☐ Medikamentengabe  
☐ Injektionen ☐ herrichten ☐ intramuskulär ☐ subkutan

## Blutzuckermessung

☐ Erst- oder Neueinstellung  
(max. 4 Wochen und max. 3x täglich)☐ bei intensivierter Insulintherapie

## Kompressionsbehandlung

☐ Kompressionsstrümpfe anziehen  
☐ Kompressionsverbände anlegen

☐ rechts ☐ links ☐ beidseits☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen☐ Kompressionsverbände abnehmen☐ Stützende und stabilisierende Verbände, Art

## Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart

Lokalisation  aktuelle Größe  
(Länge, Breite, Tiefe) aktueller Grad Präparate,  
Verbandmaterialien

☐ Wundversorgung akut ☐ Wundversorgung chronisch  
☐ Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

## Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

Anzahl

## Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

☐ Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V  
☐ Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V  
☐ Grundpflege  
☐ hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<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"/>

Weitere Hinweise

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall-folgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

- ☐ Physiotherapie
- ☐ Podologische Therapie
- ☐ Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Ernährungstherapie

**Behandlungsrelevante Diagnose(n)**

ICD-10 - Code



**Diagnose-gruppe**

**Leitsymptomatik**  
gemäß Heilmittelkatalog
☐ a

☐ b

☐ c
patientenindividuelle  
Leitsymptomatik
☐
Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)


**Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

Heilmittel

Behandlungseinheiten


Ergänzendes Heilmittel

--	--

☐ Therapiebericht

Hausbesuch

☐ ja☐ nein**Therapie-frequenz**

☐ **Dringlicher Behandlungsbedarf**  
innerhalb von 14 Tagen**ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise**


**Verbindliches Muster**

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

	Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19			<b>Freigabe 08.01.2020</b>	
20				

### Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

[illegible]

## IK des Leistungserbringers

Belegnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

## Behandlungsabbruch

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

## Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung  
von der Frequenz

Änderung in

☐ Gruppentherapie ☐ Einzeltherapie

## Begründung

---

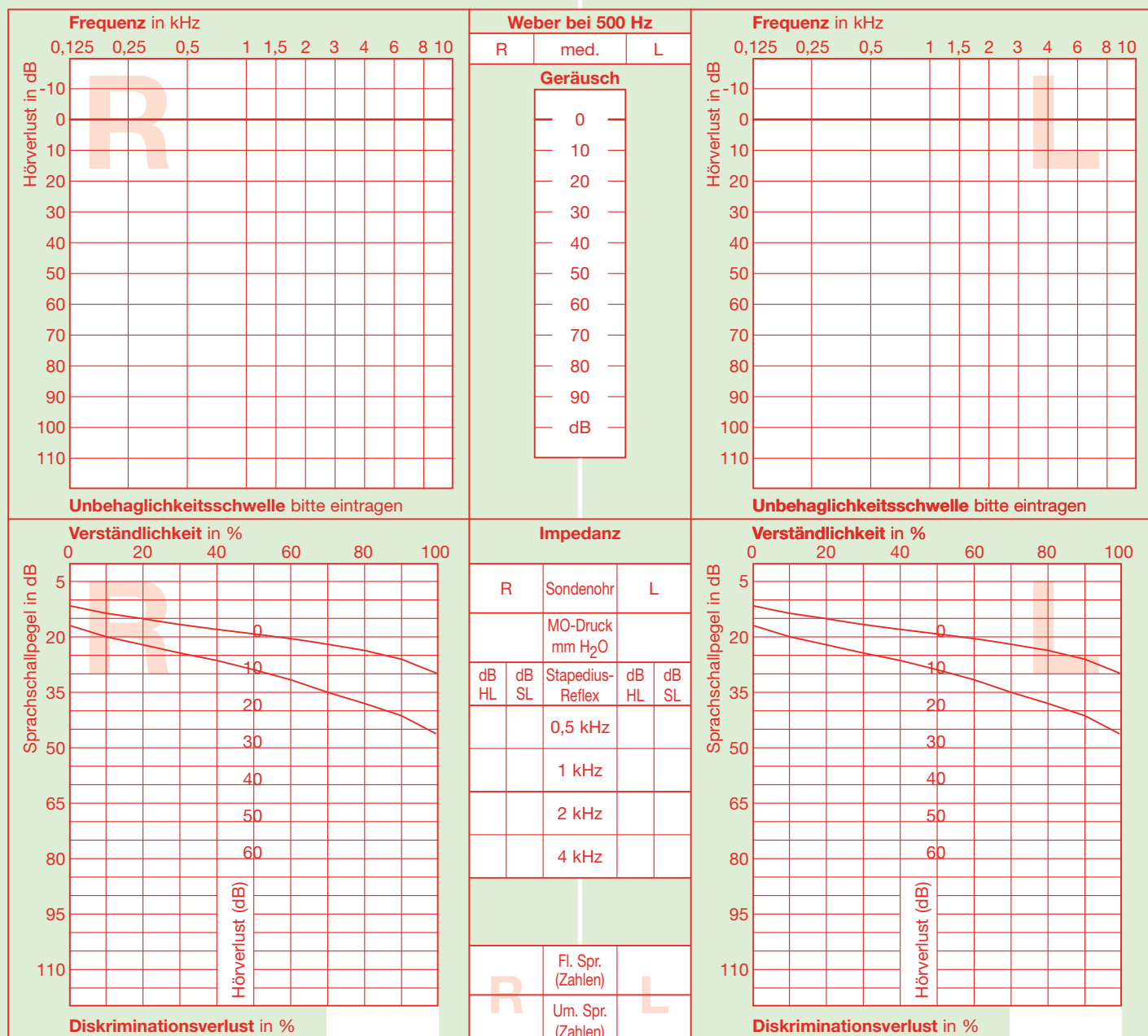
---

**Verbindliches Muster**

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

## feucht

## feucht



Die audiometrischen Untersuchungen wurden von mir bzw. unter meiner Verantwortung vorgenommen

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Wichtiger Hinweis für den Versicherten

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Hörgeräte/Tinnitusmasker/Tinnitusinstrumente bis zu einem Festbetrag

## Kostenvoranschlag des Hörgeräteakustikers

Hörvermögen über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand ohne Hörgerät)

- a) mit Einsilbern \_\_\_\_\_ % oder  
b) mit Mehrsilbern \_\_\_\_\_ % (entsprechend DIN 45621) oder  
c) mit Sätzen \_\_\_\_\_ % (Marburger Satztest nach Niemeyer)

**Vergleich verschiedener Hörgeräte über Lautsprecher** (65 dB bei 1 m Abstand)

	Nr. der Gruppe			Fabrikat Typ	Hilfsmittelpositionsnummer	Verstanden
	Zahlen	Wörter	Sätze			
A						
B						
C						
D						

Nach den durchgeführten Hörproben schlage ich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit folgende Versorgung vor

Gerät _____	Positionsnummer _____
Begründung _____ _____	Stempel und Unterschrift
Gesamtpreis _____ Euro	
Ausgestellt am _____	

## Kostenvoranschlag für

Tinnitusmasker <input type="checkbox"/>	Tinnitusinstrument <input type="checkbox"/>	Stempel und Unterschrift
Gesamtpreis _____ Euro	Ausgestellt am _____	

## Ärztliche Bescheinigung

<input type="checkbox"/> Ich habe mich davon überzeugt, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird. Das vorgeschlagene Gerät ist zweckmäßig	Ausgestellt am _____	Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes
<input type="checkbox"/> Ich habe mich davon überzeugt, dass der Tinnitusmasker/das Tinnitusinstrument ausreichend zweckmäßig ist		

## Leistung der Krankenkasse

Die Krankenkasse übernimmt _____ Euro	Stempel und Unterschrift
Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung	
Ausgestellt am _____	

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am _____ die verordnete Hörhilfe <input type="checkbox"/>	Unterschrift des Empfängers
erhalten zu haben den verordneten Tinnitusmasker/ das verordnete Tinnitusinstrument <input type="checkbox"/>	

Freigabe 01.09.2014

## Raum für interne Vermerke der Krankenkasse

Verbindliches Muster

**Freigabe 01.09.2014**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr  
frei

Geb.-  
pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-  
unfall

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

**Verbindliches Muster**

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut  
idem

aut  
idem

aut  
idem

6667

--	--	--	--	--	--

Abgabedatum  
in der Apotheke

**Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!**

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebern timer

BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9		

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.

Faktor

Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Vertragsarztstempel

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

## Empfangsbestätigung für Hilfsmittel

Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers
1		
2		
3		

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

## Vermerke der Krankenkasse

**Verbindliches Muster**

**Freigabe 01.09.2014**

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 Euro) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

☐ ärztlicher Notfalldienst   
 ☐ Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung   
 ☐ Notfall   
 Quartal ☐ ☐ ☐

☐ Unfall   
 Geschlecht ☐ W ☐ M

☐ Unfallfolgen

**Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen**[illegible]Arbeitsunfähigkeit  
bescheinigt bis

**Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:**

[illegible]

## Befunde/Therapie

**bitte auf Teil b eintragen!**

[illegible]

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum

Unterschrift des Versicherten

**Nicht zu verwenden  
bei Arbeitsunfällen,  
Berufskrankheiten  
und Schülerunfällen**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel



19

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

☐ ärztlicher Notfalldienst   
 ☐ Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung   
 ☐ Notfall   
 Quartal ☐ ☐ ☐

☐ Unfall   
 Geschlecht ☐ W ☐ M

☐ Unfallfolgen

[illegible]

Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis 

--	--

--	--

--	--

**Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:**

## Befunde/Therapie

---

[illegible]

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

## Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel

19

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

☐ ärztlicher Notfalldienst
 ☐ Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung
 ☐ Notfall
 Quartal ☐ ☐ ☐

☐ Unfall Unfallfolgen
 Geschlecht ☐ W ☐ M

## Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

[illegible]Arbeitsunfähigkeit  
bescheinigt bis

--	--	--	--

## Befunde/Therapie

---

[illegible]

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum	Unterschrift des Versicherten
-------	-------------------------------

### Zum Verbleib beim vertretenden Arzt

\_\_\_\_\_

**Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:**

---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel

# Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	
		Datum

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

	Stunden täglich

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich												
<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J		
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										
<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J		
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										
<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J		
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										
<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J		
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Versicherten

## Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

☐ ja

☐ nur unter folgenden Voraussetzungen


☐ nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

☐ ja

☐ nein

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

**Ausfertigung für den Arbeitgeber**

# Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

Stunden  
täglich

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

vom

bis

Art der Tätigkeit  
(ggf. Einschränkungen)Stunden  
täglich

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes  
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

T T M M J J

Unterschrift des Versicherten

## Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

☐

ja

☐

nur unter folgenden Voraussetzungen

☐

nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

☐

ja

☐

nein

Datum

T T M M J J

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

# Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Stunden  
täglich

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten

## Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

☐ ja

☐ nur unter folgenden Voraussetzungen

☐ nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

☐ ja

☐ nein

Datum

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

**Ausfertigung für den Versicherten**

# Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

		Stunden täglich

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich
T T M M J J	T T M M J J		
T T M M J J	T T M M J J		
T T M M J J	T T M M J J		
T T M M J J	T T M M J J		

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

T T M M J J

Unterschrift des Versicherten

## Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

☐ ja

☐ nur unter folgenden Voraussetzungen

☐ nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

☐ ja

☐ nein

Datum

T T M M J J

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

21

Das genannte Kind bedarf/bedurfte

vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

bis einschließlich

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.

Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung

notwendig

☐ ja

☐ nein

Unfall

☐ ja

☐ nein

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**\* Dieser Antrag ist von dem Versicherten zu stellen, der den Anspruch auf Krankengeld geltend macht.**



# Konsiliarbericht

## vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

22

Auf Veranlassung von:

Name des Therapeuten

Arztnummer

Betriebsstättennummer

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist ☐ erforderlich ☐ nicht erforderlich ☐ erfolgt ☐ veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

---



---

☐ Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich  
Art der Maßnahme:

---



---

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

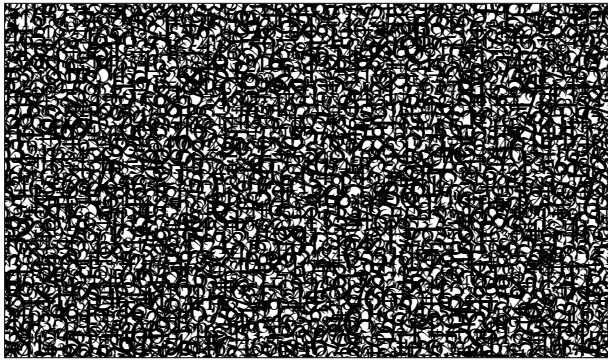
Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für den Therapeuten**



# Konsiliarbericht

## vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

22

Auf Veranlassung von:

Name des Therapeuten

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebsstättennummer

Chiffre 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum

### Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestiche Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist ☐ erforderlich ☐ nicht erforderlich ☐ erfolgt ☐ veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?


☐ Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich  
Art der Maßnahme: \_\_\_\_\_

--

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Freigabe 01.09.2014

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Gutachter

# Konsiliarbericht

## vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

22

Auf Veranlassung von:

Name des Therapeuten

Arztnummer

Betriebsstättennummer

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist ☐ erforderlich ☐ nicht erforderlich ☐ erfolgt ☐ veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

---



---

☐ Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich  
Art der Maßnahme:

---



---

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für den Vertragsarzt**



**Konsiliarbericht****22****vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische  
Psychotherapeuten und Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeuten****Auf Veranlassung von:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

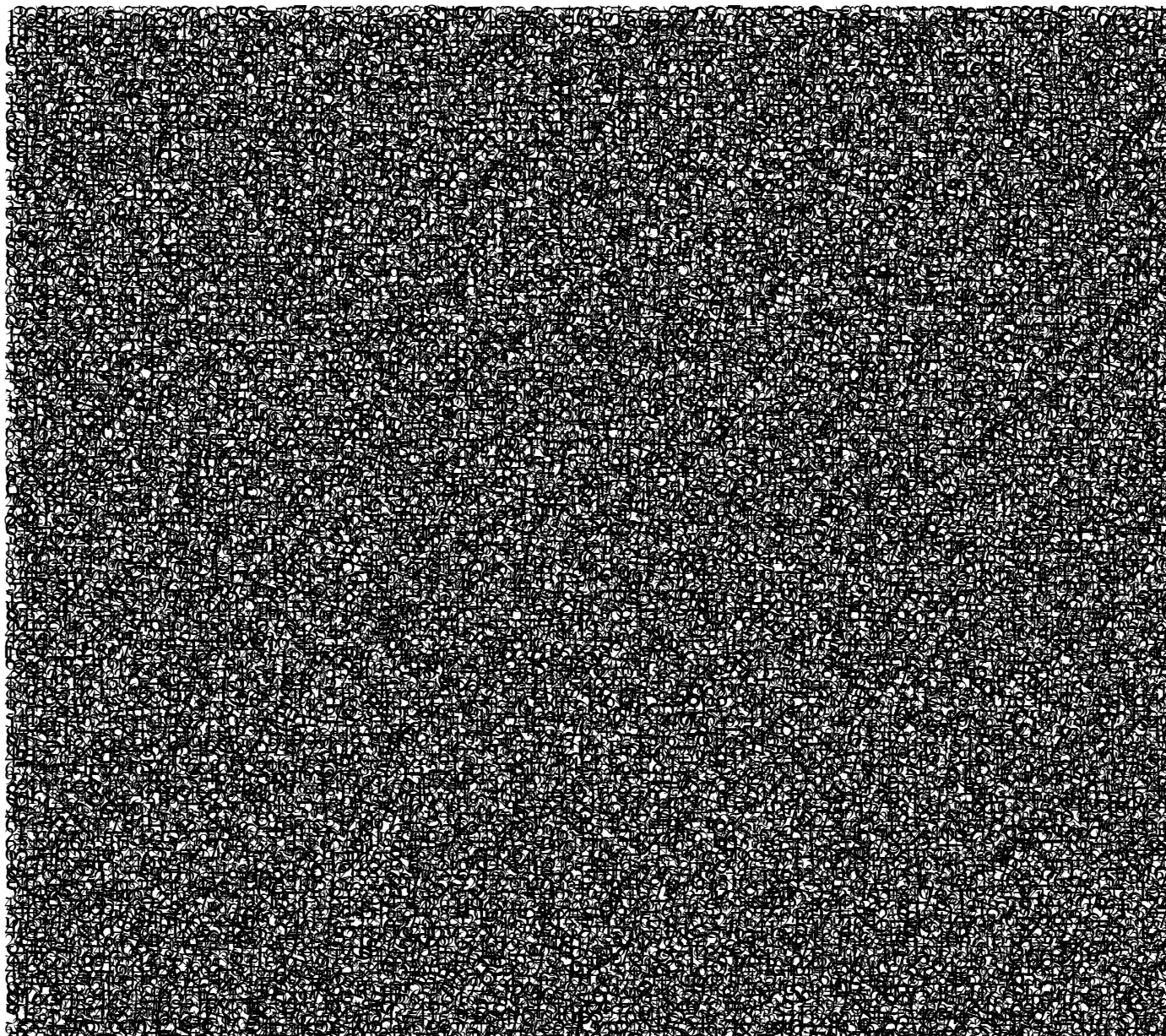
Arztnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebsstättennummer

Name des Therapeuten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



☐ Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontra-  
indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich  
Art der Maßnahme: \_\_\_\_\_

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

**Anregung einer ambulanten  
Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten  
gem. § 23 Abs. 2 SGB V**

- ☐ bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung
- ☐ zur Vermeidung der Verschlimmerung  
behandlungsbedürftiger Krankheiten
- ☐ bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern

Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit:

**Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden**

- ☐ erhöhter Blutdruck ☐ Bewegungsmangel/Fehlhaltung ☐ Übergewicht/  
Fehlernährung ☐ Stress ☐ Rauchen
- ☐ Sonstige Risikofaktoren \_\_\_\_\_
- ☐ aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): \_\_\_\_\_

**Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung**

**seit wann?**

**Ursache**

**Verlauf**

**1.**

**2.**

**3.**

**Ursache:** 1 = Unfallfolgen; 2 = Berufskrankheit; 3 = Gesundheitsschäden nach dem BVG

**Verlauf:** 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen

**Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:**

**Datum der letzten Untersuchung:**

**Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)**

- ☐ können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden ☐ liegen nicht vor

**Angestrebtes Vorsorgeziel (z.B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung):**

**Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?**

- ☐ Krankengymnastik ☐ Physik. Therapie ☐ Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie ☐ Ergotherapie
- ☐ Psychotherapie ☐ Patientenschulung ☐ Rehasport/Funktionstraining ☐ Selbsthilfegruppe
- ☐ Sonstige (z.B. Hilfsmittelversorgung): \_\_\_\_\_

*Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!*

Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich  
(z.B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil

**Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z.B. Klima, Allergiefaktoren)?**

- ☐ nein ☐ ja, welche \_\_\_\_\_

empfohlener Kurort: \_\_\_\_\_ **Dauer:** \_\_\_\_\_ Wochen

**Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur)**

- ☐ ja ☐ nein

**Ggf. weitere Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM berechnungsfähig -

**Hinweis:** Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und 73 Abs. 2 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.

Ort und Datum

**gültig seit Juli 2009**

**verbindliches Muster**

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Diagnose (ICD-10-Code)	
Schweregrad (lt. GAF-SKALA)	

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen


Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen


## Angaben des Versicherten

Straße							
PLZ	Ort						
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
Telefonnummer							
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)							

## Angaben des nächsten Angehörigen

Name							
Straße							
PLZ	Ort						
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
Telefonnummer							

## Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?


Name							
Straße							
PLZ	Ort						
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
Telefonnummer							

Voraussichtliche Anzahl  
der Therapieeinheiten

--

Beantragte Anzahl der  
Therapieeinheiten

--

Voraussichtliche Dauer  
der Therapie

--

Bereits durchgeführte  
Leistungen

--

Prognose


Krankenhausbehandlung

☐
wird  
vermieden
☐
wird  
verkürzt
☐
ist nicht  
ausführbar

Begründung


Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!

Für das Ausstellen der *Erstverordnung* ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.  
Für das Ausstellen der *Folgeverordnung* ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem  
soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



# Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Diagnose  
(ICD-10-Code)

Schweregrad  
(lt. GAF-SKALA)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen


**Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40**

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen


## Angaben des Versicherten

Straße

PLZ Ort

--	--	--	--	--	--

Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)

## Angaben des nächsten Angehörigen

Name

Straße

PLZ Ort

--	--	--	--	--	--

Telefonnummer

## Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?


Name

Straße

PLZ Ort

--	--	--	--	--	--

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl  
der Therapieeinheiten

--

Beantragte Anzahl der  
Therapieeinheiten

--

Voraussichtliche Dauer  
der Therapie

--

Bereits durchgeführte  
Leistungen

--

Prognose


Krankenhausbehandlung

☐

wird  
vermieden

☐

wird  
verkürzt

☐

ist nicht  
ausführbar

Begründung


**Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!**

Für das Ausstellen der *Erstverordnung* ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.  
Für das Ausstellen der *Folgeverordnung* ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

**Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer**

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

# Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Diagnose  
(ICD-10-Code)

Schweregrad  
(lt. GAF-SKALA)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

T T M M J J

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

---



---



---

**Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40**

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

---



---



---

## Angaben des Versicherten

Straße

PLZ Ort

--	--	--	--	--	--

Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)

## Angaben des nächsten Angehörigen

Name

Straße

PLZ Ort

--	--	--	--	--	--

Telefonnummer

## Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name

Straße

PLZ Ort

--	--	--	--	--	--

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl  
der Therapieeinheiten

Beantragte Anzahl der  
Therapieeinheiten

Voraussichtliche Dauer  
der Therapie

Bereits durchgeführte  
Leistungen

Prognose

---



---



---

Krankenhausbehandlung

☐

wird  
vermieden

☐

wird  
verkürzt

☐

ist nicht  
ausführbar

Begründung

---



---



---

**Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!**

Für das Ausstellen der *Erstverordnung* ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.  
Für das Ausstellen der *Folgeverordnung* ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

**Ausfertigung für den verordnenden Arzt**

Datum

T T M M J J

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



# Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37 a SGB V

(als Anlage zur Verordnung und zur  
Weiterleitung an die Krankenkasse)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IK des Leistungserbringers

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

---



---



---

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1. 

---
2. 

---
3. 

---
4. 

---
5. 

---
6. 

---
7. 

---
8. 

---
9. 

---

## Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Art der Maßnahmen

Frequenz pro Woche / Monat

Zeitraum


Ausstellungsdatum

Datum

Unterschrift des Therapeuten

**Original bitte zusammen  
mit der Verordnung der  
Krankenkasse vorlegen**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

Unterschrift des Patienten

# Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37 a SGB V

(als Anlage zur Verordnung und zur  
Weiterleitung an die Krankenkasse)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IK des Leistungserbringers

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

---



---



---

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1. 

---
2. 

---
3. 

---
4. 

---
5. 

---
6. 

---
7. 

---
8. 

---
9. 

---

## Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Art der Maßnahmen

Frequenz pro Woche / Monat

Zeitraum


Ausstellungsdatum

Datum

Unterschrift des Therapeuten

**Ausfertigung zum Verbleib  
beim soziotherapeutischen  
Leistungserbringer**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

Unterschrift des Patienten

Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IK des Leistungserbringers										
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum	<div>Verbindliches Muster</div> <div>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div>	Datum	Unterschrift des Therapeuten
<div>Ausfertigung zum Verbleib beim verordnenden Arzt</div>		Datum	Unterschrift des Patienten

## Muster 28a (10.2017)

Muster 28b (10.2017)



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.**

Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)


## Empfehlung

36

zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

- ☐ Bewegungsgewohnheiten
- ☐ Ernährung
- ☐ Stressmanagement
- ☐ Suchtmittelkonsum

Sonstiges

--

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

## Alterskategorie

☐ 20-29  
Jahre☐ 30-34  
Jahre☐ ab 35  
Jahre

## Auftrag

(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

☐ Primär-  
screening☐ Abklärungs-  
diagnostik☐ Zytologie☐ HPV-Test☐ Ko-Testung  
(Zyt.+HPV)

## Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

☐ nein☐ ja, zuletzt

Gruppe \_\_\_\_\_

## HPV-Impfung

☐ vollständig☐ unvollständig☐ keine☐ unklar

## HPV-HR-Testergebnis

☐ liegt nicht vor☐ liegt vor☐ positiv☐ negativ☐ nicht verwertbarGynäkologische OP,  
Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales☐ nein☐ ja Welche?

Wann?

## Jetzt:

Letzte  
Periode

T T M M J J

nein

ja

Gravidität

Ausfluss / pathologische Blutung

IUP

Einnahme von Ovulationshemmer /  
sonstige Hormonanwendung  
(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)

Klinischer Befund

☐ unauffällig☐ auffällig

## Erläuterungen

ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio);  
Diagnosen; sonstige Anmerkungen

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Auftragsnummer des Labors



## Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

T T M M J J

Endozervikale Zellen

☐ vorhanden☐ nicht vorhanden

Proliferationsgrad

☐ Döderleinflora☐ Mischflora☐ Kokkenflora☐ Trichomonaden☐ Candida☐ Gardnerella

Gruppe \_\_\_\_\_

HPV-HR-Testergebnis

☐ positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?☐ ja☐ nein☐ nicht  
differenzierbar☐ negativ☐ nicht verwertbar

## Bemerkungen

## Zusammenfassende Empfehlung

☐ zytologische Kontrolle☐ nach Entzündungsbehandlung☐ nach Östrogenbehandlung☐ HPV-Test☐ Ko-Test☐ Abklärungskolposkopie

Zeitraum

☐ in \_\_\_\_\_ Monaten☐ sofortVertragsarztstempel / Unterschrift  
des zytologisch tätigen Arztes

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Alterskategorie

☐20-29  
Jahre☐30-34  
Jahre☐ab 35  
Jahre

## Auftrag

(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

☐Primär-  
screening☐Abklärungs-  
diagnostik☐

Zytologie

☐

HPV-Test

☐Ko-Testung  
(Zyt.+HPV)

## Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

☐

nein

☐

ja, zuletzt

☐☐☐

Gruppe \_\_\_\_\_

## HPV-Impfung

☐

vollständig

☐

unvollständig

☐

keine

☐

unklar

## HPV-HR-Testergebnis

☐

liegt nicht vor

☐

liegt vor

☐

positiv

☐

negativ

☐

nicht verwertbar

Gynäkologische OP,  
Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales☐

nein

☐

ja Welche?

Wann?

## Jetzt:

Letzte  
Periode☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Gravidität

nein

ja

Ausfluss / pathologische Blutung

IUP

Einnahme von Ovulationshemmer /  
sonstige Hormonanwendung  
(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)

Klinischer Befund

☐

unauffällig

☐

auffällig

## Erläuterungen

ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio);  
Diagnosen; sonstige Anmerkungen

Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt

Auftragsnummer des Labors



## Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Endozervikale Zellen

☐

vorhanden

☐

nicht vorhanden

Proliferationsgrad

☐

Döderleinflora

☐

Mischflora

☐

Kokkenflora

☐

Trichomonaden

☐

Candida

☐

Gardnerella

Gruppe \_\_\_\_\_

HPV-HR-Testergebnis

☐

positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?

☐

ja

☐

nein

☐nicht  
differenzierbar☐

negativ

☐

nicht verwertbar

## Bemerkungen

## Zusammenfassende Empfehlung

☐

zytologische Kontrolle

☐

nach Entzündungsbehandlung

☐

nach Östrogenbehandlung

☐

HPV-Test

☐

Ko-Test

☐

Abklärungskolposkopie

Zeitraum

☐

in \_\_\_\_\_ Monaten

☐

sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift  
des zytologisch tätigen Arztes

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse

Sehr geehrte(r) Frau / Herr \_\_\_\_\_

Sie haben am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 für Frau / Herrn

Name und Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Anschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

☐ folgende Verordnung(en) \_\_\_\_\_

☐ eine Verordnung von Krankenhausbehandlung

ausgestellt.

**Freigabe 04.08.2005**

Bitte geben Sie auf der Rückseite Auskunft zu folgendem Sachverhalt:

Bei uns kann keine Mitgliedschaft festgestellt werden bzw. die Mitgliedschaft endete am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage  
Freiumschlag

Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01620 EBM berechnungsfähig

**Verbindliches Muster**

## Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Wurde der Name und das Geburtsdatum von uns richtig wiedergegeben?

☐ ja☐ nein

Wenn nein, bitte berichtigen:

Name und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Hat ein Behandlungsausweis zum Zeitpunkt der Behandlung vorgelegen?

☐ ja☐ nein

Name der Krankenkasse

\_\_\_\_\_

Bei Kassenwechsel:

Name der neuen Krankenkasse

\_\_\_\_\_

**Bitte nur bei Angabe einer neuen Krankenkasse ausfüllen!**

Behandlungstag

EBM-Nr.

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

Behandlungstag

EBM-Nr.

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Freigabe 04.08.2005**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers

Sehr geehrte(r) Frau / Herr \_\_\_\_\_

Sie haben am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 für Frau / Herrn

Name und Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Anschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

☐ folgende Verordnung(en) \_\_\_\_\_

☐ eine Verordnung von Krankenhausbehandlung  
ausgestellt.

Bitte geben Sie auf der Rückseite Auskunft zu folgendem Sachverhalt:

☐ 1. Nach unseren Unterlagen liegt

☐ ein Arbeitsunfall (auch Wegeunfall oder Berufskrankheit)

☐ ein sonstiger Unfall (Sportunfall, häuslicher- oder Verkehrsunfall) bzw. Gewalteinwirkung  
vor.

☐ 2. Es besteht möglicherweise ein ursächlicher Zusammenhang mit dem/den anerkannten Versorgungsleiden

**Freigabe 08.08.2005**

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.  
Mit freundlichen Grüßen

Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

**Verbindliches Muster**

Anlage  
Freiumschlag

## Vom Vertragsarzt auszufüllen!

### zu 1. Angaben bei Arbeitsunfall / sonstigem Unfall / Drittschädigung

Wurde der Patient wegen des Unfalls oder der Schädigung überwiesen?

☐ nein

☐ ja, und zwar

Name des Arztes

☐ an einen anderen Arzt

☐ von einem anderen Arzt

Anschrift

Wurden von Ihnen Leistungen (z.B. Arzneimittel, Heil-/Hilfsmittel, Krankentransport aufgrund des Unfalls) veranlasst / verordnet?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche? (bitte genaue Bezeichnung)

Dauert die Behandlung noch an?

☐ ja

☐ nein

Ist mit Spätfolgen zu rechnen?

☐ ja

☐ nein

☐ noch nicht absehbar

**Bitte in jedem Fall ausfüllen!**

Behandlungstag

EBM-Nr.

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

Behandlungstag

EBM-Nr.

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

### zu 2. Angaben zum ursächlichen Zusammenhang mit dem Versorgungsleiden

Steht die für die Bescheinigung / Verordnung (s. Vorderseite) maßgebliche Diagnose im ursächlichen Zusammenhang mit den anerkannten Versorgungsleiden?

☐ ja

☐ nein

☐ zweifelhaft

**Nur bei Arbeitsunfähigkeit / Krankenhauseinweisung!**

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung / Krankenhauseinweisung war

☐ ausschließlich / überwiegend wegen der anerkannten Schädigungsfolgen vom

T T M M J J

bis

T T M M J J

☐ überwiegend wegen anderer Leiden vom

T T M M J J

bis

T T M M J J

**Bitte in jedem Fall ausfüllen!**

Behandlungstag

EBM-Nr.

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

Ausstellungsdatum

T T M M J J

**Freigabe 08.08.2005**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

## 1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

## 2. Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?

(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)

2.1

☐

erwerbstätig als

2.2

☐Der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für   Stunden pro Woche der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt.

Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben?

☐

ja

☐

nein

## 3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

☐

nein

☐

ja, Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab

## 4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ (ggf. wann und welche)

operativ (ggf. wann und welche)

## 5. Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)

(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich.)

## 6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

☐

keine

☐

Medizinische Rehabilitation

☐

Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit)

☐

Psychotherapeutische Behandlung

☐

Stufenweise Wiedereingliederung

☐

Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

☐

Sonstige (z.B. Suchttherapie, Ernährungsberatung, Rückenschule)

## 7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?

☐

nein

☐

ja, folgende

## 8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

☐

ja

☐

nein

## 9. Sonstiges / Bemerkungen zum Gesundheitszustand

Datum

Für das Ausstellen dieses Reports ist die  
Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten

Sehr geehrte(r) Frau / Herr \_\_\_\_\_

**Freigabe 04.08.2005**

Ihr Patient / unser Mitglied

Name und Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_

Geburtsdatum

T T M M J J

Anschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ist seit

T T M M J J

☐

arbeitsunfähig erkrankt

☐

in stationärer Behandlung

Um die Dauer des Leistungsanspruchs prüfen zu können, teilen Sie uns bitte mit, ob die Arbeitsunfähigkeit mit den vorherigen Arbeitsunfähigkeitszeiten (Daten siehe Rückseite) in ursächlichem Zusammenhang steht.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage  
Freiumschlag

Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

**Verbindliches Muster**

## Von der Krankenkasse auszufüllen!

I. Arbeitsunfähig vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 wegen

---

---

II. Vorher bestand Arbeitsunfähigkeit wegen vom bis behandelnder Arzt

	vom	bis	behandelnder Arzt												
1	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										
2	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										
3	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										
4	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										
5	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										
6	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J										
T	T	M	M	J	J										

## Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Handelt es sich bei der unter I. angegebenen Krankheit und einer der unter II. genannten Krankheiten um dieselbe Krankheit\* im Sinne der unten abgedruckten versicherungsrechtlichen Erläuterungen?

☐ nein ☐ ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) \_\_\_\_\_ genannten Krankheit(en).

III. Sind während der unter I. genannten Arbeitsunfähigkeit weitere Krankheiten hinzugetreten?

☐ nein ☐ ja, und zwar \_\_\_\_\_ am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Wird die Arbeitsunfähigkeit nur noch von der/den hinzugetretenen Krankheit(en) bedingt?

☐ nein ☐ ja, und zwar \_\_\_\_\_ ab 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Handelt es sich bei der hinzugetretenen Krankheit und einer unter II. genannten früheren Erkrankung um dieselbe Krankheit\* im Sinne der unten abgedruckten versicherungsrechtlichen Erläuterungen?

☐ nein ☐ ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) \_\_\_\_\_ genannten Krankheit(en).

Ergänzende Bemerkungen

---

---

---

---

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Freigabe 04.08.2005

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### \*) Versicherungsrechtliche Erläuterungen

Der Begriff "dieselbe Krankheit" setzt nicht voraus, dass fortlaufende Behandlungsbedürftigkeit besteht. Bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit kommt es darauf an, ob die neue Arbeitsunfähigkeit und die frühere(n) auf derselben Krankheitsursache beruhen oder zumindest in einem inneren Zusammenhang mit ihr stehen. Der innere Zusammenhang kann schon dadurch begründet sein, dass die Entstehung der Krankheit jedesmal durch eine gemeinsame Bedingung begünstigt oder herbeigeführt wird.



**Bescheinigung einer 55  
schwerwiegenden  
chronischen Erkrankung  
gem. § 62 SGB V**

Seit 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

(mindestens 4 Quartale zurückliegend)  
ist der Versicherte wegen derselben  
Erkrankung in Dauerbehandlung.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10)**

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code




**Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben  
genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich**

- ☐ ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar
- ☐ ja, voraussichtlich bis 

M	M	J	J
---	---	---	---
- ☐ nein

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung  
erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale  
bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### Gegebenenfalls vom Versicherten auszufüllen

**Wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung für den umseitig genannten Versicherten gestellt, sind KEINE weiteren Angaben erforderlich. Dies gilt auch, wenn der Antrag durch den Betreuer für den Versicherten gestellt wird.**

**In allen anderen Fällen (z. B. gemeinsamer Antrag über den Ehegatten) werden die nachfolgenden Angaben benötigt. Ohne diese Angaben kann die Bescheinigung nicht korrekt zugeordnet werden.**

**Die Bescheinigung ist bei der Krankenkasse einzureichen, bei der der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt wird/wurde.**

## Angaben zum antragstellenden Versicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

es Muster

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

## Krankenkasse

Freigabe 08.07.2016

Krankenversichertennummer

[illegible]

**Verbindliches Muster**

**Freigabe 08.07.2016**

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

☐

für Rehabilitationssport

☐

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

## Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

**Verbindliches Muster**

☐

erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

### Empfohlene Rehabilitationssportart

☐

Gymnastik  
(auch im Wasser)

☐

Schwimmen

☐

Ausdauer- und  
Kraftausdauerübungen

☐

Bewegungsspiele

☐

Sonstige

☐

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von  
Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

### Rehabilitationssport ist notwendig für

☐

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

☐

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgen-  
den Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen  
insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale
<input type="checkbox"/>	Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben
<input type="checkbox"/>	Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)
<input type="checkbox"/>	Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Doppelamputation
<input type="checkbox"/>	Epilepsie, therapieresistent
<input type="checkbox"/>	Infantile Zerebralparese
<input type="checkbox"/>	Intelligenzminderung, mittelgradig
<input type="checkbox"/>	Morbus Bechterew

<input type="checkbox"/>	Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/>	Mukoviszidose
<input type="checkbox"/>	Multipler Sklerose
<input type="checkbox"/>	Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/>	Niereninsuffizienz, terminal
<input type="checkbox"/>	Organische Hirnschädigung
<input type="checkbox"/>	Polyneuropathie
<input type="checkbox"/>	Querschnittlähmung, schwere Lähmung
<input type="checkbox"/>	andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)

☐

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins  
behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

**Längere Leistungsdauer**, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

☐

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

☐

24 Monate (Richtwert)

☐

**Folgeverordnung mit Begründung**,

warum erlernte Übungen nicht oder noch nicht selbstständig durchgeführt werden können

**Rehabilitationssport** ist notwendig für ☐ Herzgruppe ☐ Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)

☐ **Erstverordnung** 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

☐ **Folgeverordnung** 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

☐ nur bei Belastungsgrenze < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

☐ wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist

☐ **Kinderherzgruppen** 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

**Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten** (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)

**Rehabilitationssport**

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

**Funktionstraining**  
als Trockengymnastik

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

**Funktionstraining**  
als Wassergymnastik

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

Begründung bei insgesamt 3x

**Abweichung von oben genannten Richtwerten**

☐☐☐ Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Für die ärztliche Verordnung ist die  
Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Antrag auf Kostenübernahme

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden

Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

☐ Ich nehme am Rehabilitationssport/  
Funktionstraining bereits teil seit

M M J J

Datum

T T M M J J

Unterschrift des Versicherten

## Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

☐ **Rehabilitationssports**

☐ 50 Übungseinheiten / 18 Monate

☐ 120 Übungseinheiten / 36 Monate

☐ Herz-  
gruppe ☐ Herzinsuffizienz-  
gruppe

☐ 90 Übungseinheiten / 24 Monate

☐ 45 Übungseinheiten / 12 Monate

☐ 120 Übungseinheiten / 24 Monate  
(Kinderherzgruppen)

☐ 28 Übungseinheiten zur Stärkung  
des Selbstbewusstseins

☐☐☐ Übungseinheiten

☐ **Funktionstrainings**

☐ 12 Monate

☐ 24 Monate

☐☐ Monate

Anzahl wöchentlicher  
Übungsveranstaltungen

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

für den Zeit-  
raum vom T T M M J J

längstens  
bis

T T M M J J

Datum

T T M M J J

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein  
Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht

Freigabe 09.09.2022

Verbindliches Muster

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

# Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

## Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-E ausfüllen.

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

### A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

Ursache \*

1.
2.
3.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**\* Mögliche Ursache der Erkrankung**  
(nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

- 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall  
2 = Berufskrankheit  
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)  
4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst  
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

### B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.
5.
6.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

## II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

☐

### Beratung der/des Versicherten

Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

☐

### Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)

☐

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

☐

Sonstiges

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-E ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

Ursache \*

1.

2.

3.

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.

5.

6.

\* Mögliche Ursache der Erkrankung  
(nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall

2 = Berufskrankheit

3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)

4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst

5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

☐ Beratung der/des Versicherten

Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

☐ Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen

Datum

T

T

M

M

J

J

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐ Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)

☐ Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

☐ Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Bitte vor der Beschriftung der Formulare diese Fußleiste abreißen und die 5 Einzelsätze voneinander trennen

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

☐ Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit

(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

## A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

Ursache \*

1.
2.
3.


**\* Mögliche Ursache der Erkrankung**  
(nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall

2 = Berufskrankheit

3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)

4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst

5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

## B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen

4.
5.
6.


## II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

## A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung


## B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)


## C. Bei geriatrischer Rehabilitation

mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität			Kognition		Schmerz	Herz-/Lungenfunktion	
TUG	<input type="text"/> <input type="text"/>	sek + Chair Rise <input type="text"/> <input type="text"/> sek	MMST	<input type="text"/> <input type="text"/> / 30	Schmerzskala <input type="text"/> <input type="text"/> / 10	Ergometrie	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Watt
Handkraft	<input type="text"/> <input type="text"/> kg	oder <input type="text"/> <input type="text"/> kpa	GDS 15	<input type="text"/> <input type="text"/> / 15		FEV1	<input type="text"/> <input type="text"/> % + VK <input type="text"/> <input type="text"/> %
DEMMI	<input type="text"/> <input type="text"/> / 100	Tinetti <input type="text"/> <input type="text"/> / 28	Uhrentest	<input type="text"/> <input type="text"/> / 7		NYHA-Stadium	<input type="text"/>

## D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

## E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja, welche?

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

☐

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit  
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

☐

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

Ursache \*

1.

2.

3.

B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen

4.

5.

6.

\* Mögliche Ursache der Erkrankung  
(nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall  
2 = Berufskrankheit  
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)  
4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst  
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)

C. Bei geriatrischer Rehabilitation  
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität			Kognition		Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
TUG		sek + Chair Rise		MMST	Schmerzskala	Ergometrie
Handkraft		kg oder		GDS 15		FEV1
DEMMI		/ 100 Tinetti		Uhrentest		NYHA-Stadium

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein

☐ ja, welche?

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Muster 61 Teil Bb (7.2022)



## F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Lernen und Wissensanwendung</b> (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunikation</b> (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b>	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gemeinschaftsleben und soziales Leben</b> (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## G. Lebensumstände/Kontextfaktoren

## 1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

Verbindliches Muster

## 2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel Fehlhaltung	BMI <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fehl-/ Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin
<input type="checkbox"/> Sonstiges z.B. Suchtmittel	<input type="text"/>			

## III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

☐ ja☐ nein

F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Lernen und Wissensanwendung</b> (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunikation</b> (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b>	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gemeinschaftsleben und soziales Leben</b> (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Lebensumstände/Kontextfaktoren

**1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren**  
(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

**2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

☐ Bewegungsmangel  
Fehlhaltung

BMI

☐ Fehl-/  
Mangelernährung

☐ Medikamente

☐ Nikotin

☐ Sonstiges  
z.B. Suchtmittel

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ☐ ja ☐ nein

Ausfertigung für den Vertragsarzt

## IV. Rehabilitationsziele

## A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen


## B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

## V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

☐ ja ☐ eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

## VI. Zuweisungsempfehlungen

## A. Empfohlene Rehabilitationsform

☐ ambulant ☐ ambulant-mobil ☐ stationär  
☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☐ als Mutter-Kind-Leistung ☐ als Vater-Kind-Leistung

## B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

☐ geriatr. Rehabilitation

## C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

☐ pflegende/r Angehörige/r ☐ andere

## VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

☐ neuer Indikation ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

☐ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

## Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich

## Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

## Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter



Verbindliches Muster

**IV. Rehabilitationsziele****A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen**

---

---

**B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten**

---

**V. Rehabilitationsprognose**

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

☐ ja ☐ eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) 

---

**VI. Zuweisungsempfehlungen****A. Empfohlene Rehabilitationsform**

☐ ambulant ☐ ambulant-mobil ☐ stationär  
☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☐ als Mutter-Kind-Leistung ☐ als Vater-Kind-Leistung

**B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)**

---

 ☐ geriatr. Rehabilitation

**C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)**

☐ pflegende/r Angehörige/r ☐ andere 

---

**VII. Sonstige Angaben**

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

☐ neuer Indikation ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

☐ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

**Reisefähigkeit**

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht  
(sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)  
☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter

---

---

Verbindliches Muster

Name, Vorname des Versicherten

Krankenkassennummer

Versicherten-Nr.

**VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten****A. Erteilte Einwilligungserklärungen**

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

☐

ja

☐

nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

☐

ja

☐

nein

**Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht**

Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

Für das Ausstellen der ärztlichen  
Verordnung (Teil B-E)  
ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**B. Angaben der/des Versicherten**

*Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.*

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

--	--	--	--	--	--

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

--	--	--	--	--	--

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

--	--	--	--	--	--

**Verbindliches Muster**

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift der oder des Versicherten  
(des gesetzlichen Vertreters,  
des Betreuers, des Bevollmächtigten)

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

A. Erteilte Einwilligungserklärungen

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

☐

ja

☐

nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

☐

ja

☐

nein

Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht

Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

Für das Ausstellen der ärztlichen  
Verordnung (Teil B-E)  
ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

B. Angaben der/des Versicherten

Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

--	--	--	--	--	--

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

--	--	--	--	--	--

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

--	--	--	--	--	--

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Verbindliches Muster

Unterschrift der oder des Versicherten  
(des gesetzlichen Vertreters,  
des Betreuers, des Bevollmächtigten)

# Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

62A

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung  
(z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

## Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

MMJJ

Potenzial kann perspektivisch vorliegen

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)

Potenzial liegt nicht vor

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Begründung

Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung)  
sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

☐ Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.

Weitere Erläuterungen

Ergebnis der Erhebung  
festgestellt am

TTMMJJ

Erneute Erhebung  
geplant am

TTMMJJ

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

# Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung  
(z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

## Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

MMJJ

Potenzial kann perspektivisch vorliegen

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)

Potenzial liegt nicht vor

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Begründung

Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung)  
sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

☐ Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.

Weitere Erläuterungen

Ergebnis der Erhebung  
festgestellt am

TTMMJJ

Erneute Erhebung  
geplant am

TTMMJJ

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den verordnenden Arzt



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Freigabe 10.05.2022

Ergebnis der Erhebung des  
Beatmungsentwöhnungs- bzw.  
Dekanülierungspotenzials gemäß  
AKI-Richtlinie des G-BA

62A

Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung  
(z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor

☐ zur Beatmungsentwöhnung

☐ zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

MMJJ

Potenzial kann perspektivisch vorliegen

☐ zur Beatmungsentwöhnung

☐ zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)

Potenzial liegt nicht vor

☐ zur Beatmungsentwöhnung

☐ zur Dekanülierung

Begründung

Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung)  
sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

- ☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.
- ☐ Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.

Weitere Erläuterungen

Ergebnis der Erhebung  
festgestellt am

TTMMJJ

Erneute Erhebung  
geplant am

TTMMJJ

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt

Verordnung  
außerklinischer Intensivpflege

62B

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

vom

bis

Voraussichtliches Entlassdatum  
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

Unfall

☐ Erst-  
verordnung☐ Folge-  
verordnung☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10  
Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)

## I. Klinischer Status

☐ Beatmung, seit

Beatmungsform

☐ invasiv☐ nicht  
invasiv, Maskentyp

Beatmungsdauer

  Stunden  
pro Tag  Stunden  
pro Nacht

Spontanatmungszeit

  Stunden  
pro Tag  Stunden  
pro Nacht☐ Tracheostoma, seit

Trachealkanüle

☐ geblockt☐ ungeblockt☐ Sprechventil

Entblockungszeiten

☐ Endotracheale Absaugpflichtdurchschnittliche tgl.  
Absaugfrequenz☐ zu regelmäßigen  
Zeiten☐ zu unregelmäßigen  
Zeiten☐ Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit☐ Bewusstseinsstörung, Art

Mitwirkung bei AKI

☐ uneingeschränkt☐ eingeschränkt☐ nicht möglichKommunikation  
Verständigung☐ uneingeschränkt☐ eingeschränkt☐ nicht möglichOrientierung  
vorhanden, zu☐ Ort☐ Zeit☐ Person☐ Situation☐ nicht vor-  
handen

Mobilität vorhanden

☐ uneingeschränkt☐ bis an die Bettkante  
in den Rollstuhl☐ stehfähig, gehfähig☐ immobil☐ Nackengriff☐ Schürzengriff☐ Faustschluss☐ PinzettengriffOrale  
Ernährung☐ nein☐ ja☐ teilweise

## II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI

  Stunden je Tag

## III. Weitere Hinweise

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

☐ sind weiterhin  
angezeigt☐ sind nicht mehr  
angezeigt☐ werden durch den Patienten  
nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel/Unterschrift  
des verordnenden Arztes

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Freigabe 30.05.2022

**Antrag des Versicherten auf außerklinische Intensivpflege** (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Ich beantrage außerklinische Intensivpflege für die Zeit vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt	<input type="checkbox"/> im Haushalt einer sonstigen Person	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen
<input type="checkbox"/> in einer vollstationären Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/> in einer Wohneinheit
	<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	<input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung

**Leistungsort**

Name des Leistungortes													
Straße, Haus-Nr													
PLZ	Ort												
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

Wird von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum die Übernahme von Leistungen angestrebt?

☐ Ja, es wird die Übernahme folgender Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt:


☐ Nein, es wird keine Übernahme von Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt.

**An der Versorgung beteiligte An- und Zugehörige**

Name													
Straße, Haus-Nr													
PLZ	Ort												
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

**Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in**

Name													
Straße, Haus-Nr													
PLZ	Ort												
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
Telefonnummer (freiwillige Angabe)													

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Versicherten  
oder des gesetzlichen Vertreters

**Angaben des Leistungserbringers nach § 132I Abs. 5 SGB V** (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Die außerklinische Intensivpflege wird täglich in der Zeit

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 im Umfang von 

--	--

 Stunden erbracht.

Die außerklinische Intensivpflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Leistungserbringer (§ 132I Abs. 5 SGB V)

Name													
Straße, Haus-Nr													
PLZ	Ort												
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
Institutionskennzeichen													
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
Ansprechpartner (Name)													
Telefonnummer	Fax-Nr.												
E-Mail-Adresse													

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

**Verordnung  
außerklinischer Intensivpflege**

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

vom

TTMMJJ

bis

TTMMJJ

Voraussichtliches Entlassdatum  
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

TTMMJJ

☐ Erst-  
verordnung☐ Folge-  
verordnung☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10  
Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)☐ Unfall**I. Klinischer Status**☐ **Beatmung, seit** TTMMJJ

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="text"/> Stunden pro Tag	<input type="text"/> Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	<input type="text"/> Stunden pro Nacht	<input type="text"/> Stunden pro Nacht

☐ **Tracheostoma, seit** TTMMJJ

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____

☐ **Endotracheale Absaugpflicht** durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz \_\_\_\_\_ ☐ zu regelmäßigen Zeiten ☐ zu unregelmäßigen Zeiten☐ **Sonstige vitale Funktionseinschränkungen**, Art und Häufigkeit \_\_\_\_\_☐ **Bewusstseinsstörung**, Art \_\_\_\_\_

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Nackengriff	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Pinzettengriff
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		

**II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI**

Stunden je Tag

**III. Weitere Hinweise**☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

☐ sind weiterhin  
angezeigt☐ sind nicht mehr  
angezeigt☐ werden durch den Patienten  
nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

**Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I****Verbindliches Muster**Vertragsarztstempel/Unterschrift  
des verordnenden Arztes

Verordnung  
außerklinischer Intensivpflege

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

vom

TTMMJJ

bis

TTMMJJ

Voraussichtliches Entlassdatum  
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

TTMMJJ

☐ Erst-  
verordnung☐ Folge-  
verordnung☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10  
Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)☐ Unfall

## I. Klinischer Status

☐ Beatmung, seit TTMMJJ

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="text"/> Stunden pro Tag	<input type="text"/> Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	<input type="text"/> Stunden pro Nacht	<input type="text"/> Stunden pro Nacht

☐ Tracheostoma, seit TTMMJJ

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____

☐ Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz \_\_\_\_\_ ☐ zu regelmäßigen Zeiten ☐ zu unregelmäßigen Zeiten
☐ Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit \_\_\_\_\_☐ Bewusstseinsstörung, Art \_\_\_\_\_

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Nackengriff	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl <input type="checkbox"/> Schürzengriff	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> Faustschluss	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> Pinzettengriff	
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		

## II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI

Stunden je Tag

## III. Weitere Hinweise

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

☐ sind weiterhin  
angezeigt☐ sind nicht mehr  
angezeigt☐ werden durch den Patienten  
nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel/Unterschrift  
des verordnenden Arztes

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

## Notfallmanagement

## Therapieziele

MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI

☐ Logopädie☐ Physiotherapie☐ Ergotherapie

## Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

☐ Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter☐ Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller <input type="text"/> Innendurchmesser in mm <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

☐ Sekretmanagement

Absauggerät	Inhalationsgerät
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Medikament/Substanz <input type="text"/>

☐ Dysphagiemanagement☐ Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes

Beatmungsgeräteinstellungen

☐ Sauerstoffinsufflation☐ ja☐ nein☐ Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>

☐ Spezielle Hygienemaßnahmen

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Verbindliches Muster

## Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung

Häufigkeit

Dauer

tgl.

wtl.

mtl.

vom

bis

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Notfallmanagement

## Therapieziele

MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI

☐ Logopädie☐ Physiotherapie☐ Ergotherapie

## Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

☐

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter

☐

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

☐

Sekretmanagement

Absauggerät	Inhalationsgerät
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag <input type="text"/> Medikament/Substanz _____

☐

Dysphagiemanagement

☐

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes

Beatmungsgeräteinstellungen

☐Sauerstoffinsufflation ☐ ja ☐ nein ☐ Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/>

☐

Spezielle Hygienemaßnahmen

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Verbindliches Muster

## Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Notfallmanagement

## Therapieziele

MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI

☐ Logopädie☐ Physiotherapie☐ Ergotherapie

## Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

☐ Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter☐ Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie		Trachealkanüle		Befeuchtung	
<input type="checkbox"/> dilatativ	<input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller	Innendurchmesser in mm	<input type="checkbox"/> passiv	<input type="checkbox"/> aktiv

☐ Sekretmanagement

Absauggerät			Inhalationsgerät		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit pro Tag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit pro Tag
			Medikament/Substanz		

☐ Dysphagiemanagement☐ Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes  
Beatmungsgeräteinstellungen☐ Sauerstoffinsufflation ☐ ja ☐ nein ☐ Notfallversorgung

mit Beatmung		unter Spontanatmung		Mobilität	
Flow	I/min	Flow	I/min	Flow	I/min
Dauer h/tgl.		Dauer h/tgl.		Dauer h/tgl.	

☐ Spezielle Hygienemaßnahmen

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Verbindliches Muster

## Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den verordnenden Arzt



Verordnung spezialisierter  
ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

☐ Erst-  
verordnung☐ Folge-  
verordnung☐ Unfall  
Unfallfolgen

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

vom

T T M M J J

bis

T T M M J J

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

## Komplexes Symptomgeschehen

☐ ausgeprägte  
Schmerzsymptomatik☐ ausgeprägte urogenitale  
Symptomatik☐ ausgeprägte respiratorische /  
kardiale Symptomatik☐ ausgeprägte gastrointestinale  
Symptomatik☐ ausgeprägte ulzerierende /  
exulzerierende Wunden oder Tumore☐ ausgeprägte neurologische /  
psychiatrische / psychische Symptomatik☐ sonstiges komplexes  
Symptomgeschehen

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapieresistente Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

## Folgende Maßnahmen sind notwendig

☐ Beratung☐ a. des behandelnden Arztes☐ Koordination der Palliativversorgung☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft☐ c. des Patienten / der Angehörigen

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

☐ Additiv unterstützende  
Teilversorgung☐ Vollständige  
Versorgung

## Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

## Antrag des Versicherten

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wie vom behandelnden Arzt verordnet beantragt.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

## Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

--

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

--

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

--

Ansprechpartner (Name)

--

Telefonnummer

--

Fax-Nummer

--

E-Mail

--

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

## Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

☐ entsprechend der Verordnung übernommen

☐ in folgendem Umfang übernommen


Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

*Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht*

Name, Vorname des Versicherten

--

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

--

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Freigabe 01.09.2014**

**Verbindliches Muster**

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Verordnung spezialisierter  
ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

☐ Erst-  
verordnung☐ Folge-  
verordnung☐ Unfall  
Unfallfolgen

vom

T T M M J J

bis

T T M M J J

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

## Komplexes Symptomgeschehen

☐ ausgeprägte  
Schmerzsymptomatik☐ ausgeprägte urogenitale  
Symptomatik☐ ausgeprägte respiratorische /  
kardiale Symptomatik☐ ausgeprägte gastrointestinale  
Symptomatik☐ ausgeprägte ulzerierende /  
exulzierende Wunden oder Tumore☐ ausgeprägte neurologische /  
psychiatrische / psychische Symptomatik☐ sonstiges komplexes  
Symptomgeschehen

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

## Folgende Maßnahmen sind notwendig

☐ Beratung☐ a. des behandelnden Arztes☐ Koordination der Palliativversorgung☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft☐ c. des Patienten / der Angehörigen

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

☐ Additiv unterstützende  
Teilversorgung☐ Vollständige  
Versorgung

## Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den  
spezialisierten Leistungserbringer

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die  
Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

Verordnung spezialisierter  
ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

☐ Erst-  
verordnung☐ Folge-  
verordnung☐ Unfall  
Unfallfolgen

vom

T T M M J J

bis

T T M M J J

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

## Komplexes Symptomgeschehen

☐ ausgeprägte urogenitale  
Symptomatik☐ ausgeprägte  
Schmerzsymptomatik☐ ausgeprägte respiratorische /  
kardiale Symptomatik☐ ausgeprägte gastrointestinale  
Symptomatik☐ ausgeprägte ulzerierende /  
exulzerierende Wunden oder Tumore☐ ausgeprägte neurologische /  
psychiatrische / psychische Symptomatik☐ sonstiges komplexes  
Symptomgeschehen

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

## Folgende Maßnahmen sind notwendig

☐ Beratung☐ a. des behandelnden Arztes☐ Koordination der Palliativversorgung☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft☐ c. des Patienten / der Angehörigen

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

☐ Additiv unterstützende  
Teilversorgung☐ Vollständige  
Versorgung

## Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungs-  
erbringer – der Abrechnung beizufügenFür die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die  
Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Freigabe 01.09.2014

## Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

63

☐ Erst-  
verordnung

☐ Folge-  
verordnung

☐ Unfall  
Unfallfolgen

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)** (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) \_\_\_\_\_

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

### Komplexes Symptomgeschehen

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik                          | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik                  | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen      |

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

**Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BtM) \_\_\_\_\_

### Folgende Maßnahmen sind notwendig

- |                                   |  |   |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes          | <input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
|                                   | <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft |   |
|                                   | <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen  |   |

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung | <input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung |
|--|--|

### Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV


**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

# Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit  
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

**Verbindliches Muster**

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

## I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

### A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren

(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)


### B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM


## II. Vorsorgebedürftigkeit

### A. Kurze Angaben zur Anamnese


### B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen

(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)


### C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väterspezifische Problemkonstellation relevant sind

<input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	<input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	<input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
<input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	<input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/Trennung vom Partner	<input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule
<input type="checkbox"/> Erziehungs-schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> soziale Isolation	<input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)		<input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten
<input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters		<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit
<input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten	<input type="checkbox"/> allein erziehend	<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie	

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen


Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Freigabe 29.03.2018

Verbindliches Muster

Verordnung medizinischer  
Vorsorge für Mütter oder Väter  
gemäß § 24 SGB V

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit  
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

64 Teil A

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren  
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM


II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen  
(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind

<input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	<input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	<input type="checkbox"/> Tod des Partners/ naher Angehöriger	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
<input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	<input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner	<input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule
<input type="checkbox"/> Erziehungs-schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> soziale Isolation	<input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)		<input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/> besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeiten
<input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters		<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit
<input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten	<input type="checkbox"/> allein erziehend	<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie	

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Ausfertigung für den Arzt

Bitte vor der Beschriftung der Formulare  
diese Fußleiste abreißen und die 2 Einzelsätze voneinander trennen

### III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

#### A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie


☐

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

#### B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)


### IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren


### V. Zuweisungsempfehlungen

#### A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

☐

Mütter-Leistung

☐

Väter-Leistung

☐

Mutter-Kind-Leistung

☐

Vater-Kind-Leistung

#### B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

	Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungs- notwendigkeit*	Belastete Mutter-/ Vater-Kind- Beziehung	Psychosoziale Gründe/ Betreuung notwendig
1.	<input type="text"/>	<input type="text" value="T"/> <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text" value="T"/> <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text" value="T"/> <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

### VI. Sonstige Angaben

#### A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

☐

ja, folgende

#### B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

☐

ja, Erläuterung

#### C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)


#### D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung  
ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

Freigabe 29.03.2018

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



### III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

#### A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

---



---



---

☐

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

#### B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

---



---

### IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

---



---

### V. Zuweisungsempfehlungen

#### A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

☐

Mütter-Leistung

☐

Väter-Leistung

☐

Mutter-Kind-Leistung

☐

Vater-Kind-Leistung

#### B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes

Geburtsdatum

s. Attest Kind  
insbes. bei  
Behandlungs-  
notwendigkeit\*Belastete  
Mutter-/  
Vater-Kind-  
BeziehungPsychosoziale  
Gründe/  
Betreuung  
notwendig1. 

---

T T M M J J

☐
☐
☐
2. 

---

T T M M J J

☐
☐
☐
3. 

---

T T M M J J

☐
☐
☐

\* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

### VI. Sonstige Angaben

#### A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

☐

ja, folgende

---

#### B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

☐

ja, Erläuterung

---

#### C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

---



---

#### D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

---

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Arzt

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Freigabe 29.03.2018

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

## I. Kurze Angaben zur Anamnese


## II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

## A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)


## B. Erkrankungen

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM


## C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)


## III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen


## IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme


## V. Hinweise für die Zuweisung

## A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

<input type="checkbox"/>	ja, folgende	
<input type="checkbox"/>	nein	

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung  
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

## I. Kurze Angaben zur Anamnese

---

---

## II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

## A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

---

---

## B. Erkrankungen

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

## C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)

---

---

## III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

---

---

## IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

---

---

## V. Hinweise für die Zuweisung

## A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

☐

ja, folgende

---

---

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung  
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Arzt

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

# Behandlungsplan

für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

## I Indikation(en)

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung


## II Geplante Behandlungsmaßnahme

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)             |
| <input type="checkbox"/> | Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2) |
| <input type="checkbox"/> | In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3) |
| <input type="checkbox"/> | Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)             |
| <input type="checkbox"/> | Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)   |

Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)

--

## III Kostenschätzung

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.

### a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀													
♂													
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂										
♀													
♂													
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂										
♀													
♂													
<b>Gesamtsumme</b> für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂										
♀													
♂													
Ort	Datum												
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J								

### b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀			
♂			
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			
Medikamentenkosten (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			
<b>Gesamtsumme</b> pro Zyklusfall (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Bei einer Genehmigung für 3 IVF- oder ICSI-Zyklen steht der 3. IVF- oder ICSI-Zyklus unter dem Vorbehalt, dass in einem von 2 Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzyklus kann die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt werden.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro – erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Bei Änderung der Behandlungsmethode (siehe Abschnitt II) sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.

**Original nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt**

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal 

--

 Zyklen/Zyklus **genehmigt**

☐ **nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort

--

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal 

--

 Zyklen/Zyklus **genehmigt**

☐ **nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort

--

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

**Verbindliches Muster**

# Behandlungsplan

für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

## I Indikation(en)

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung


## II Geplante Behandlungsmaßnahme

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)             |
| <input type="checkbox"/> | Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2) |
| <input type="checkbox"/> | In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3) |
| <input type="checkbox"/> | Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)             |
| <input type="checkbox"/> | Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)   |

Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)

--

## III Kostenschätzung

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.

### a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀													
♂													
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂										
♀													
♂													
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂										
♀													
♂													
<b>Gesamtsumme</b> für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂										
♀													
♂													
Ort	Datum												
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J								

### b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀			
♂			
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			
Medikamentenkosten (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			
<b>Gesamtsumme</b> pro Zyklusfall (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Bei einer Genehmigung für 3 IVF- oder ICSI-Zyklen steht der 3. IVF- oder ICSI-Zyklus unter dem Vorbehalt, dass in einem von 2 Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzyklus kann die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt werden.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro – erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Bei Änderung der Behandlungsmethode (siehe Abschnitt II) sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.

Durchschlag für die Kassenärztliche Vereinigung

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal 

--

 Zyklen/Zyklus **genehmigt**

☐ **nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort

--

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal 

--

 Zyklen/Zyklus **genehmigt**

☐ **nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort

--

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

**Verbindliches Muster**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar. Bitte von Hand ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden (auch auf dem Durchschlag).

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

zum Behandlungsplan vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

### I Indikation(en)

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung


### II Geplante Behandlungsmaßnahme

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)             |
| <input type="checkbox"/> | Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2) |
| <input type="checkbox"/> | In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3) |
| <input type="checkbox"/> | Intrabubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)             |
| <input type="checkbox"/> | Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)   |

Anzahl und Art bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)

--

### III Kostenschätzung

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.

#### a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀							
♂							
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ ♂						
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ ♂						
Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀ ♂						
Ort	Datum						
	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J		

#### b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	
♂	
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ ♂
Medikamentenkosten (Euro)	♀ ♂
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ ♂
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♀ ♂

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Genehmigung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen (einschließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, die jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro – erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung sowie bei Änderung der Behandlungsmethode ist ein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen.

Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal  Zyklen/Zyklus **genehmigt**

☐ **nicht genehmigt**  
(separate Begründung anbei)

Ort

--

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal  Zyklen/Zyklus **genehmigt**

☐ **nicht genehmigt**  
(separate Begründung anbei)

Ort

--

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

Verbindliches Muster

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar. Bitte von Hand ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden (auch auf dem Durchschlag).

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

zum Behandlungsplan vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

### I Indikation(en)

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung


### II Geplante Behandlungsmaßnahme

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)             |
| <input type="checkbox"/> | Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2) |
| <input type="checkbox"/> | In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3) |
| <input type="checkbox"/> | Intrabubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)             |
| <input type="checkbox"/> | Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)   |

Anzahl und Art bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)

--

### III Kostenschätzung

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.

#### a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀							
♂							
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ ♂						
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ ♂						
<b>Gesamtsumme</b> für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀ ♂						
Ort	Datum						
	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J		

#### b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	
♂	
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ ♂
Medikamentenkosten (Euro)	♀ ♂
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ ♂
<b>Gesamtsumme</b> pro Zyklusfall (Euro)	♀ ♂

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Genehmigung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen (einschließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, die jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro – erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung sowie bei Änderung der Behandlungsmethode ist ein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen.

Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigung

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal  Zyklen/Zyklus **genehmigt**

☐ **nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort

--

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal  Zyklen/Zyklus **genehmigt**

☐ **nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort

--

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

**Verbindliches Muster**

Krankenkasse							
Name							
Vorname	Geburtsdatum <table border="1"> <tr> <td>T</td> <td>T</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>J</td> <td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J		
Anschrift							
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.      Status						

**Dieser Nachweis gilt im Rahmen der Kostenübernahme durch die unterzeichnende Krankenkasse für die/den oben genannte(n) Versicherte(n) bei Früherkennungsuntersuchungen gemäß §§ 25 und 26 SGB V und bei Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen/Schmerzzustände sowie Schwangerschaft/Mutterschaft erforderlich sind.**

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

## Nachweis der 85 Anspruchsberechtigung bei Ruhen des Anspruchs gemäß § 16 Absatz 3a SGB V

gültig für 

Q	J	J
---	---	---

 Quartal

**Freigabe 01.09.2014**

**verbindliches Muster**

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse



Freigabe 20.12.2022

Deutsche Post   
ANTWORT

Aktenzeichen Mitteilungsmanagement (MiMa)

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Straße

PLZ

Ort

Leistungsbereich

Ansprechpartner Krankenkasse

Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übermitteln wir Ihnen die für den Versicherten von der Krankenkasse angeforderte Informationen in Kopie.

**Daten des Versicherten**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Ort

KV-Nummer

Aktenzeichen Krankenkasse