	Freigal	oe 01.09.2014	
Krankenkasse bzw. Kostentr	räger	0 110012014	Verordnung von Krankenhausbehandlung (Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)
Name, Vorname des Versich	erten		
		geb. am	Belegarzt- behandlung Notfall Unfall, Unfallfolgen Versorgungs- leiden (BVG)
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser
	I		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
	I		
Diagnose			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. Koste	Freigabe 01.09.2014	Verordnung von Krankenhausbehandlung (Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)
Name, Vorname des Versi	cherten	, and the state of
	geb. am	Belegarzt- behandlung Notfall Unfall, Versorgungs-
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. Status	Unfallfolgen leiden (BVG) Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr. Datum	
Diagnose		
		Verbindliches Muster
		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Bitte dem Patienten geso	andort mitrobani	
Untersuchungserge	bnisse	
Bisherige Maßnahm	nen (z. B. Medikation)	
Fragestellung/Hinw	eise (z. B. Allergie)	
Mitgegebene Befun	de	

Muster 2b (10.2014)

Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

	Froi	gabe 01.09.2014	
Krankenkasse bzw. Koster	nträger	gabe 01.03.2014	Verordnung von Krankenhausbehandlung (Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)
Name, Vorname des Versi	cherten		(Nul bei medizinischer Notwerdigkeit zulassig)
		geb. am	Belegarzt- behandlung Notfall Unfall, Versorgungs-
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Unfallfolgen leiden (BVG)
Rosterinagerkerinang	versionerten-ru.	Otatus	Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	 Datum	
	1	1	
Diagnose Für den Krankenhausarzt	:! Vertraulich!		Verbindliches Muster Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Untersuchungserge	bnisse		
Bisherige Maßnahm	nen (z. B. Medikatio	n)	
Fragestellung/Hinw	eise (z. B. Allergie)		
Mitgegebene Befun	de		

	Fre	eigabe 01.09.2014
Krankenkasse bzw. Kosten	träger	ngase e neenze i i
Name, Vorname des Versich	herten	
		nah am
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
	1	
Zum Nachweis gegenübe		
(Beantragung von Mutters dass die oben bezeichne		einige icn,
voraussichtlich entbinden		TTMMJJJ
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Die Bescheinigung erteile		TTT balbal il il
von mir vorgenommenen	Untersuchung am	
Ggf. besondere Feststellung	nen	
agi. becondere i edicionari	gon	

Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

Ausfertigung für die Krankenkasse

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Vor der Weitergabe des Vo	rdrucks an die Krankenkasse	von der Versich	erten ausz	ufüllen.								
Name, Vorname							Geb	urtsc	datum	1		
							T	T	M	M	J	J
PLZ	Wohnort		Straße,	Haus-Nr.								
Kontoinhaber												
IBAN												
Geldinstitut				BIC								
Angaben zum Beschalch bin derzeit	äftigungsverhältnis						gek	ündig	jt / be	efrist	et zu	ım
beschäftigt, bei							T	T	M	M	J	J
	Anschrift des Arbeitgebe	ers										
selbständig		Erklärung:										
		Änderungen										
arbeitslos		Sofern sich omeine Krank										
		Datum						_	_	A	otc	\r
Künstlerin / Publ	lizistin		4 5 4		Ve	rbin	dlic	he	s N	/lu	516	71
			IIVI	J		Unte	rschrift	der V	ersich	erten		

Freid	gabe 01.09.2014
äger	Jabe 01.03.2014
erten	
	geb. am
Versicherten-Nr.	
Arzt-Nr.	Datum
	erten Versicherten-Nr.

Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

3

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

Т	Т	M	M	J	J

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

Ggf. besondere Feststellungen			
3			

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Zuzah-	Krankenkasse bzw. Kosten	Freigabe 1	7.02.2020	Verordnung einer 4
lungs- pflicht	,	augo.		Verordnung einer 4 Krankenbeförderung
Zuzah- lungs-	Name, Vorname des Versic	herten		Unfall, Unfallfolge
frei			geb. am	ornan, ornanoigo
				Arbeitsunfall, Berufskrankheit
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Versorgungsleiden (z.B. BVG)
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr. Datu	um	Hinfahrt Rückfahrt
	1. Grund der Beförd	erung		
	Genehmigungsfreie	Fahrten		
	a) voll-/teilsta Krankenhau	tionäre usbehandlung		vor-/nachstationäre Behandlung
	b) ambulante E beeinträchtig	Behandlung bei Merkzeicher gung, Pflegegrad 4 oder 5 r	n "aG", "BI", "H", nur Taxi/Mietwa	Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitäts- gen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)
	c) anderer Gru Fahrten zu H			
	Genehmigungspflich	ntige Fahrten zu ambulante	en Behandlunge	PN (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)
		nte Behandlung ol. Chemo- oder Strahlenth	ierapie	vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
		Mobilitätsbeeinträchtigun 6 Monate (Begründung unter		mit b) und Behandlungsdauer
		und für Fahrt mit KTW, z.E nter 3. und ggf. 4. erforderlich)	3. fachgerechtes	Lagern, Tragen, Heben erforderlich
_	2. Behandlungstag/I	Behandlungsfrequenz und	l nächsterreichl	bare, geeignete Behandlungsstätte
	vom/am TTM Behandlungsstätte (Na		ro Woche, bis v	voraussichtlich TTMMJJ
	3. Art und Ausstattu	ng der Beförderung		
	Taxi/Mietwagen		Rollstuhl	
		nisch-fachliche Betreuung ntung notwendig ist wegen	Tragestuhl	
			liegend	
	NAV NAV	W/ 🗀 .		Verbindliches Muster
	RTW NEF			. crbindlici.
		stiges (z.B. Datum Aufnahme Ki rt, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt Wohnung stattfindet)		1 Jere
				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von nach)	Hin- Rück- Unterschrift des Versicherten
	von	fahrt fahrt
T T INAINAL I L	nach	
I I IVIIVI O O	von	
T T INAINAL I L	nach	
I I IVIIVI O O	von	
T T INAINAL I L	nach	
I I IVIIVI O O	von	
T T INAINAL I L	nach	
I I IVIIVI O O	von	
T T INAINAL I L	nach	
I I IVIIVI O O	von	
T T KAIKAL L L	nach	
I I IVIIVI J J	von	
T T INAINAL I L	nach	
I I IVIIVI J J	von	
T T INAINAL I L	nach	
I I IVIIVI J J	von	
T T INAINAL I L	nach	
I I IVIIVI J J	von	
T T INAINAL I L	nach	
	Hach	
Bestätigung des T	ranenortoure	Freigabe 17.02.2020
	g wurde gemäß der obigen Bestätigung	
durchgeführt.	warde gernab der obigeri bestatigung	cteľ
	reiungsausweis für den Zeitraum der	e Wage
Krankenbeförderung wu	ırde vorgelegt ungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)	Nerbindliches Muster
(Die Angabe ist nicht bei Nett	ungstatirteti zum Krankennaus erfordenich)	verbina
	Datum	
nein la	TTMMJJ	Stampel/I Interschrift des Transportaurs
nein ja	T T M M J J	Stempel/Unterschrift des Transporteurs
Abrechnungsdate	T T M M J J n des Transporteurs	
	TTMMJJ	Stempel/Unterschrift des Transporteurs Gesamt-Brutto
Abrechnungsdate	T T M M J J n des Transporteurs	
Abrechnungsdate IK des Transporteurs	T T M M J J n des Transporteurs	Gesamt-Brutto
Abrechnungsdate	T T M M J J n des Transporteurs	
Abrechnungsdate IK des Transporteurs Rechnungsnummer	n des Transporteurs Belegnummer	Gesamt-Brutto Zuzahlung
Abrechnungsdate IK des Transporteurs	T T M M J J n des Transporteurs	Gesamt-Brutto Zuzahlung
Abrechnungsdate IK des Transporteurs Rechnungsnummer	n des Transporteurs Belegnummer	Gesamt-Brutto Zuzahlung

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Freigabe 01.09.2014	Abrechnungsschein	05
		ambulante bei belegärztlicher Unfall, Behandlung Behandlung Unfallfolgen (Quartal Quartal
Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Abklärung somatischer Ursachen anerkannte	Geschlecht W
		Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen	
Kostenträgerkennung Versicherten	n-Nr. Status		
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum		
		Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides	TIMMJJJ
Tag Mon.	Tag	Mon.	
lag Ivion.	Tag	Mutmaßlicher Tag o	der Entbindung
		Stationäre belegärz	tliche Behandlung
		Tag Monat	t Tag Monat
		von L	bis LLL
		Ich bin bei der obe	
		Krankenkasse versi	ichert.
		Datum Unter	rschrift
			·or
			os Muster
		pindlic ¹	Vea
		Vero	nes Muster
	fällen Berufskrankheiten und Schi	Stempel des Vertrag	gsarztes/Therapeuten Muster 5 (10.2014)

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Überweisungsschein 06 Quartal
Name, Vorname des Versicherten	Kurativ Präventiv Behandl. gemäß bei belegärztl. Behandlung Geschlecht
geb. am	Unfall Datum der OP bei Leistungen Unfallfolgen nach Abschnitt 31.2
	Überweisung an
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	Ausführung von Auftragsleistungen Wit-/Weiterbehandlung AU bis Ausführung von Auftragsleistungen Mit-/Weiterbehandlung Mit-/Weiterbehandlung
Journal of the Control of the Contro	eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V
Diagnose/Verdachtsdiagnose Befund/Medikation	
Auftrag	
	Verbindliches Muster Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kost Name, Vorname des Vers	entrager	gabe 01.09.2014 geb. am	Überweisung Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen
		g	Diagnosen/Indikation zur Psychotherapie:
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Information fü	r den Arzt:		

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

Ausstellungsdatum





Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Kran	kenka	sse bzw. Kostent	räger	Fre	i gab	e 01.09.	2014	Sehhilfenverordr	nung 8
Nam	e, Vor	name des Versicl	nerten			geb.	am	IK des Leistungserbringers Rechnungsnummer	
Kost	enträo	gerkennung	Versicherter	n-Nr.		Status			
Betri	ebsst	ätten-Nr.	Arzt-Nr.			Datum		Belegnummer	
Befu	nd:		ung um min optrien	destens	s j	a n	iein	Erst- versorgung	Folge- versorgung
		n, wird eine Ver m mindestens 2			- j	a			ersorgungs- eiden (BVG)
								Sehbehinderung mindestens WHO 1	
Men	ge uı	nd Art der Ver	ordnung:					Reparatur	Ersatz
Diagi	nose	/Begründung:							
-									
								Kostenrechnung des Leistun	gserbringers
		Sphäre Z	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitel- abstand	10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro
F	R			0					
-	L			0					
N	R								
				0					
	L	. 100 90 80 %			n 11011	00 90 <i>80 70</i>			
0,00	L 130 120	3110 100 90 80 70	\$0 \$5 \$5 \$2		0 120 110 1	00 90 80 70 60	\$\\ \frac{\partial}{2}		
170 180 150	L		\$ 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5		20 110 1		\$ 5.5 5.5 5.5 5.5 5.5 5.5 5.5 5.5 5.5 5.		
180 170 180 50 720	L	R	\$ 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5		J 120 110 1	DO 90 80 70 80	128		
180 170 160 150 150	L	R		180 170 160 150 (2.5)		L	128		
180 170 180 180 180 180 180 180 180 180 180 18	L	R	ndliche	180 170 160 150 (2.5)		L	128	Rechnungsbetrag	

Erklärung des Versicherten	pei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)
Ich erkläre, dass ich bisher noch keine	
dass meine bisherige Sehhil	Unterschrift des Versicherten
Entscheidung der Krankenka	asse
Die Kosten werden übernommen	Stempel der Krankenkasse und Unterschrift
in Höhe des geltenden Festbetrages	hes Muster
Datum Euro	Verbindliches Muster
Empfangsbestätigung	
Glas / Gläser bzw. Kontaktlinsen	
Sonstiges:	
Datum	Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)
Bescheinigung des Leistungs Die Sehhilfe wurde gemäß vorstehender	serbringers
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.**

Kran	kenkass	se bzw. Koste	enträger	Frei	igab	e 01.09.	2014	Verordnung von 8A vergrößernden Sehhilfer	
Nam	e, Vorna	ame des Vers	icherten					· ·	
						geb. a	am	IK des Leistungserbringers Rechnungsnummer	
Kost	enträger	rkennung	Versicherte	en-Nr.		Status			
Betri	ebsstätt	ten-Nr.	Arzt-Nr.			Datum		Belegnummer	
Befu	nd:							Erst- Folge-	
	tkorrigi				orrigiert			versorgung versorgungs-	
Se		nderung	mit	Fernv	isus lin	ks		Unfallfolgen leiden (BVG) Vergrößerungs-	
mind	estens	WHO 1	Hill	Drille		ontaktiirisen		Decial T	
Men	ge und	l Art der Ve	erordnung:					Reparatur Ersatz	
Diagr	nose/B	Begründung							
Diagr	nose/B	Begründung							
Diagr	nose/B	Begründung							
Diagr	nose/B	Begründung						Kostenrechnung des Leistungserbringers	
Diagr		Sphäre	Zylinder		Prisma	Basis	Scheitel- abstand	Kostenrechnung des Leistungserbringers 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer Betrag Euro	
Diagr	R			Achse	Prisma	Basis		10-stellige Betrag Furo	
	R L			0	Prisma	Basis		10-stellige Betrag Furo	
F	R L R	Sphäre		0				10-stellige Betrag Furo	
F	R L R	Sphäre	Zylinder	0				10-stellige Betrag Furo	
FN	R L R	Sphäre Sphäre	Zylinder	0		70 00 oo	abstand between the state of th	10-stellige Betrag Furo	
F	R L R	Sphäre	Zylinder	0			abstand	10-stellige Betrag Furo	
FN	R L R	Sphäre 10 100 90 80 7	Zylinder 2 Sp.	180 170 160 150 150 150 150 150 150 150 150 150 15	3 120 110 11	20 90 80 70 60 L	abstand	10-stellige Betrag Furo	
FN	R L R	Sphäre 10 100 90 80 7	Zylinder 2 Sp.	180 170 160 150 150 150 150 150 150 150 150 150 15	3 120 110 11	20 90 80 70 60 L	abstand	10-stellige Betrag Furo	
FN	R L R	Sphäre 10 100 90 80 7	Zylinder	180 170 160 150 150 150 150 150 150 150 150 150 15	3 120 110 11	20 90 80 70 60 L	abstand	10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	

Erklärung des Versicherten (b	ei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)
Ich erkläre, dass ich bisher noch keine S dass meine bisherige Sehhilt	
Datum	Unterschrift des Versicherten
Entscheidung der Krankenka	sse
Die Kosten werden übernommen in Höhe des geltenden Festbetrages in Höhe von Euro Datum	Stempel der Krankenkasse und Unterschrift
Empfangsbestätigungvergrößernde Sehhilfen	
Datum	Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)
Daum	Onterscrimit des Emplangers (vor- und Zuhame)
Bescheinigung des Leistungs 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.**

Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes

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

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
	TTMMJJJ
Straße, Haus-Nr.	
En En	eigabe 21.01.2019
PLZ Wohnort	5.9abo 2 1.6 1.20 10

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.





Unterschrift der Versicherten

•	
İberweisungsschein für Laboratoriums-	10
	<u> 2375</u>
,	
Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorafältig	oruch 16 SGB V
Verbindliches Muste	મ
	Rurativ Präventiv Bei belegärztl. Unfall, Unfallfolgen Knappschafts-kennziffer Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben! Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Behandlung eingeschränkingemäß Leistungsans Semäß Sebrahmedatum Abnahmezeit T MM J J h h mm SSW Empfängnisregelung, Sterilis Schwangerschaftsabbruch

Krankenkasse bzw. Kost	•	Anforderungsschein für Laboratoriums-
Name, Vorname des Vers	sicherten qeb. am	untersuchungen bei Laborgemeinschaften bei belegärztl. Unfall, Behandlung Unfallfolgen
Kostenträgerkennung Betriebsstätten-Nr.	Verbindliches Muster geb. am Versicherten-Nr. Status Arzt-Nr. Datum	Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben !
Zusätzliche Angabe	en zu Untersuchungen	Abnahmedatum Abnahmezeit

	Befund eilt	1	Serur	n / Plasma / Vol	blut						Urin		
EDT/	A-Blut			alkalische	13	Gamma GT	27		LDL-Cholesterin	42		Status	55
	großes Blutbild	2		Phosphatase		Glukose	28		Lipase	43		Mikroalbumin	56
	kleines Blutbild	3		Amylase	14	GOT / ASAT	29		Natrium	44		Glukose	58
	HbA1c	4		ASL	15	GPT / ALAT	30		OP-Vorbereitung	45		Sediment	60
	Retikulozyten	5		Bilirubin direkt	16	Harnsäure	31		(32125)		Citrat	-Blut	
	Blutsenkung	6		Bilirubin gesamt	: 17	Harnstoff	32	0	Phosphat, anorg.	46		Quick	8
Gesu	ındheits-			Calcium	18	HDL-Cholesterin	34		Transferrin	47		Quick unter	9
unte	rsuchungen			Cholesterin	19	IgA	35		Triglyceride	48		Marcumar- Therapie	
	Harnstreifentest	62		Cholinesterase	20	IgG	36		TSH	49		merapie	
	(32880)			CK	21	IgM	37					Thrombinzeit	10
	Nüchternplasma-	63		CRP	23	Kalium	38	Gluko	se-Profil			PTT	11
	glukose (32881)			Eisen	24	Kreatinin	39		Glukose 1	51			
	Lipidprofil (32882)	64		Eiweiß	25	Kreatinin	40		Glukose 2	52		Sonstiges	61
				Elektrophorese		Clearance		0	Glukose 3	53		·	
				Eiweiß gesamt	26	LDH	41		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	TTMMJJ		
Diagnose			
Befunde			
Mitbehandlung nein	ja, im Fachbereich		
Es droht eine Verschli	immerung des Leidens	oder	Behinderung
Besondere Hinweise			
Patientin / Patient kann den Medizii	nischen Dienst nicht aufsucher	n weil	
rationally rational name don Modizi	illochon Bioriot mont adiodonor	i, won	
Eine Begutachtung ist voraussichtli	ch nach Tagen / Wo	chen möglich. <i>(Ni</i>	chtzutreffendes streichen)
Arbeitsfähig ab	TTMMJJ		
Voraussichtlich arbeitsfähig ab	TIMMJJ		04 40 004 4
Folgendes ist mit der Bitte um Rück	kgabe beigefügt:	Freiga	b e 31.10.2014
Röntgen- Ultraschall befund	l- EKG- befund		. **
Labor- Arzt- oder Krankenha	ausbericht		e Muster
Sonstiges	adobonom.	indli	ches
Für den Bericht des Arztes ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig	Ausstellungsdatum		ches Muster

enkasse bzw. Kostent	räger	0e 31.03.2020				_		cher K			pfl	ege	12
Vorname des Versich	nerten		Verord	Inung	srele	/ante [Diagnos	e(n) <i>(ICD-1</i> 0	0-Code)			
		geb. am				_							
								e Kranken <i>Richtlinie</i>)	pflege	e erfo	rderli	ch mache	en
nträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
osstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
isstatteri-ivi.	AIZUNI.	Datum											
Erst- verordnung	Folge- verordnung	Unfall	vom	ТТ	М	MJ	J bi	s TT	M	ИЈ	J		
Behandlu	ıngspflege											ben bei Ab samten Ver	
Medikamer	ntengabe, Präparate									ıfigkei		Dauer	
	3. 2. 3.								tgl.	wtl.		vom	bis
Herrich	nten der Medikamer	ntenbox											
Medika	amentengabe												
Injektio	onen	herrichten	int	ramus	skuläı			subkutan					
Blutzucker	L												
Erst- o	der Neueinstellung	aliah)	be	i inter	nsivie	rter Ins	sulinther	apie					
·	Wochen und max. 3x tä	giich)				1		· peidseits					
	onsbehandlung ressionsstrümpfe ar	ziehen		chts		links							
							npfe aus						
Kompr	essionsverbände a	niegen	KO	mpre	SSION	sverba	inde abı	ienmen					
Stütze	nde und stabilisiere	nde Verbände, Art											
Wundverso	rgung und Positio	nswechsel zur Dek	ubitusbe	ehand	llung								
Wundart													
Lokalisation		aktuelle Größe				aktı Gra	ueller						
		(Länge, Breite, Tiefe)				_	_						
Präparate, Verbandmat	erialien												
Wundy	versorgung akut		Wu	undve	ersorg	ung cl	nronisch						
Positio	nswechsel zur Dek	ubitusbehandlung											
Sonstige M	aßnahmen der Be	handlungspflege											
Anleitung zu	ır Behandlungspfleç	ge für Patient/Angehöri	ge (z.B. Inje	ektione	en, Wu	ndbeha	ndlung)		_				
									Anz	zanı			
Grundpfle	ege und hausw	irtschaftliche Ve	ersorgu	ıng									
Unters	tützungspflege nac	h § 37 (1a) SGB V		Häu	ufigke	it	Dauer						
		pflege nach § 37 (1)	SGB V	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis					
Kranke	rundpflege	,		Ť									
Gı	uswirtschaftliche V	ersorgung		I									ter
Gı	auswirtschaftliche Vo	ersorgung										441	5
Gı	auswirtschaftliche Vo	ersorgung									الدار	nes Mu	5
Gı	auswirtschaftliche Vo	ersorgung								انم	ndlic	nes M u	9-
Gı	auswirtschaftliche Vo	ersorgung							4	erbiv	ndlic	uee W u	9.
Weitere Him	auswirtschaftliche Vo											nes Mu	

	igabe 31.03.2020	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.					
Antrag des Versicherten	auf Genehmigung	häuslicher Kra	nkenpfle	ge				
Ich beantrage häusliche Kranken	pflege für die Zeit vom	TTMMJ	J bis	TMM	ΛJ	J		
in meinem Haushalt	in einer Schule, k				erte M Wohn	ensc ngem		
	Name							
	Straße, Haus-Nr							
	PLZ Ort							
Folgende verordnete Maßnadurch eine im Haushalt lebe	en der häuslichen Krank ende Person nicht erbra		en					
Bitte senden Sie mir Informüber zugelassene Pflegedie	ationen nste	Datur	n 	-1	Untore	ochrift d	es Versichert	on
			MMJ	J			zlichen Vertre	
Angaben des Pflegediens	stes (soweit vom Vers	sicherten ein Pfled	edienst sch	on beauf	tragt v	vorde	en ist)	
	•						•	
Folgende Leistungen			-111	-1			_	
Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Ze	eit vom TTMM	J J bis T 1	ММЈ		ufigkeit		Dauer	his
Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Ze Leistung	bit vom TTMM	J J bis T 1	MMJ	Häu tgl.		mtl.	Dauer vom	bis
sollen erbracht werden für die Ze	bit vom TTMM	J J bis T 1	MMJ					bis
sollen erbracht werden für die Ze	bit vom TTMM	J J bis T 1	MMJ					bis
sollen erbracht werden für die Ze	bit vom TTMM	J J bis T 1	MMJ					bis
sollen erbracht werden für die Ze	bit vom TTMM	J J bis T 1	MMJ					bis
sollen erbracht werden für die Ze				tgl.	wtl.			bis
Leistung Die Pflege wird durchgeführt von				tgl.	wtl.			bis
Leistung Die Pflege wird durchgeführt von Name des Pflegedienstes	einem zugelassenen P			tgl.	wtl.			bis
Die Pflege wird durchgeführt von Name des Pflegedienstes Straße, Haus-Nr PLZ Ort Institutionskennzeichen Pflegedienst Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name	einem zugelassenen P	flegedienst (Vertrags)		tgl.	wtl.	mtl.	vom	
Die Pflege wird durchgeführt von Name des Pflegedienstes Straße, Haus-Nr PLZ Ort Institutionskennzeichen Pflegedienst	einem zugelassenen P			tgl.	wtl.	mtl.		

Freigabe 31.03.2020	Verd	ordnu	ıng h	äusli	cher K	ran	ker	pfle	ege	12
Vorname des Versicherten			_		e(n) <i>(ICD-1</i> 0			•		
geb. am			_							
					e Kranken - <i>Richtlinie</i>)	pflege	e erfoi	rderlic	ch mache	n
nträgerkennung Versicherten-Nr. Status										
osstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum										
Erst- verordnung Folge- verordnung Unfall	vom	TTN	1M J	J bi	is TT	M	ИJ	J		
Behandlungspflege						Daue von E	r nur a Dauer d	nzuge der ges	ben bei Ab amten Ver	weichung ordnung
Medikamentengabe, Präparate						Häu	figkei	t	Dauer	
						tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
Herrichten der Medikamentenbox										
Medikamentengabe										
Injektionen herrichten	int	ramusku	lär		subkutan					
Blutzuckermessung										
Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)	be	i intensiv	vierter Ir	nsulinthe	rapie					
Kompressionsbehandlung	red	chts	links	6	beidseits					
Kompressionsstrümpfe anziehen	Ko	mpressi	 onsstrü	mpfe aus	sziehen					
Kompressionsverbände anlegen	Ko	mpressi	onsverb	ände ab	nehmen					
Stützende und stabilisierende Verbände, A	rt									
Wundversorgung und Positionswechsel zur D Wundart Lokalisation aktuelle Größ (Länge, Breite, Tief	e		ak	tueller ad						
Präparate, Verbandmaterialien										
Wundversorgung akut	Wı	ındverso	rauna (chronisch	1					
Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung		and 70100	ngung (31110111001						
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege										
Concesso massiannon dei Donanaiangopnose										
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angeh	nörige (z.B. Inj	ektionen,	Wundbeh	andlung)						
						Anz	zahl			
Grundpflege und hauswirtschaftliche	Versorgu	ıng								
Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB \		Häufig	kait	Dauer						
Krankenhausvermeidungspflege nach § 37		- 			hic					
Grundpflege	(1) SGB V	tgl. w	u. 111U.	vom	bis					
hauswirtschaftliche Versorgung		$\vdash \vdash$								
										ster
Weitere Hinweise									ses Mu	-
							٠. ن٧	idlic	110	
						1	e _{l,p,,}	•	nes M u	
									/ Unterschrift	
Ausfertigung für den Pflegedienst						veru	290ai 218	. compet	. c.norodiiiit	

kasse bzw. Kostenträger				_		cher K			pfl	ege	
/orname des Versicherten	geb. am	chränk	ungei	– — n, die	häuslich	e(n) (ICD-10 e Kranken				ch mache	n
rägerkennung Versicherten-Nr.	Status										
sstätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum										
Erst- verordnung Folge- verordnung	Unfall vom	T 1	M	M J	J bi	s TT	M	M J	J		
Behandlungspflege										ben bei Ab amten Verd	
Medikamentengabe, Präparate)						Häu	ıfigkei	t	Dauer	
							tgl.	wtl.	mtl.	vom	b
Herrichten der Medikame	entenbox										
Medikamentengabe											
Injektionen	herrichten	ntramu	skulä	r		subkutan					
Blutzuckermessung											
Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x		oei inte	nsivie	rter Ir	sulinthe	rapie					
Kompressionsbehandlung	r	echts		links		beidseits					
Kompressionsstrümpfe a	anziehen H	Compre	ession	sstrü	mpfe aus	sziehen					
Kompressionsverbände	anlegen	Kompre	ession	sverb	ände ab	nehmen					
Stützende und stabilisier	ende Verbände. Art										
Wundversorgung und Position Wundart Lokalisation	aktuelle Größe			ak	tueller						
Präparate.	(Länge, Breite, Tiefe)			_ Gr	ad _						
Verbandmaterialien									1		
Wundversorgung akut		Vundve	ersorg	jung c	hronisch	1					
Positionswechsel zur De	_										
Sonstige Maßnahmen der B	enandiungspriege										
Anleitung zur Behandlungspfle	ege für Patient/Angehörige (z.B. I	njektion	en, Wı	ındbeh	andlung)						
							Anz	zahl			
Grundpflege und hausv	virtschaftliche Versor	gung									
Unterstützungspflege na	ch § 37 (1a) SGB V	Häi	ufigke	eit	Dauer						
	spflege nach § 37 (1) SGB \		wtl.	mtl.	vom	bis					
Grundpflege		-3									
hauswirtschaftliche	Versorgung										
										. 411	ster
Weitere Hinweise									المرور	nes Nic	
								ridy	ndlic	nes M u	
							1	e, -			
										/ Unterschrift	

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Zuzah- lungs- frei	Krankenkasse bzw. Koste	Freigabe 08.01.202	Heilmittelverordnung 13
Zuzah- lungs- pflicht Unfall- folgen	Name, Vorname des Vers	icherten geb. am	Physiotherapie Podologische Therapie Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
BVG	Kostenträgerkennung Betriebsstätten-Nr.	Versicherten-Nr. Status Arzt-Nr. Datum	Ergotherapie Ernährungstherapie
	Behandlungsreleva ICD-10 - Code	ante Diagnose(n)	
	Diagnose- gruppe	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog a antenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angek	b c patientenindividuelle Leitsymptomatik
	Heilmittel nach Ma Heilmittel	ßgabe des Kataloges	Behandlungseinheiten
	Ergänzendes Heilmitte		Therapie-
	innerhalb von	ehandlungsbedarf	n frequénz
	IK des Leistungserb		Verbindliches Muster

Empfangsbestätigung durch den VersichertenIch bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Hei	lmittel, ggf. auch Hau	sbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19				Frei	gabe 08.01.2020
20					
Abrechnungson Rechnungsnumme	daten des	Heilmittelerb	oringers		
IK des Leistungser	bringers	Belegnu	mmer		
Behandlungsabbru	ıch	Nach Rücksprac		rzt	
TTMMJ	J	Abweichun von der Fre	g equenz		
		Änderung in	Fig. 1		Muster
Begründung		Gruppen- therapie	Einzel- therapie	. 544	_{idliches} Muster
				Verbin	

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

asse bzw. Kostentra	äger	reigabe	U I .US.	2014	IK des Leistungserl	bringers	Ohrenä				-
							Verordr		ner Hö	rhilfe	!
orname des Versiche	erten				Rechnungsnumme	r	В	Selegnummer			
			geb. a	ım]	
						sberechtigte v	var schon Träger	eines Gerätes	s ja	nein	
igerkennung	Versicherten-Nr.		Status		Falls ja, warum entspr	icht das bishe	r getragene Gerä	ät nicht mehr (den Anford	erungen?	
tätten-Nr.	Arzt-Nr.	Da	atum								
tatteri-ivi.	AIZCIVI.		atum								
Ohrbefund	d				Poobto	Links	Ohrbefund				
Gehörgang normal		perativ weitert		ng	Rechts	LINKS	Gehörgang normal	oper erwei		eng	
Trommelfell							Trommelfell				
intakt		löchert	feuc	mt []			intakt	durchlöch	nert	feucht	
Frequ 0,125	uenz in kHz 0,25 0,5	1 1,5 2	2 3 4	6 8 10	R me		Frequer 0,125 0,2	nz in kHz 25 0,5	1 1,5 2	3 4 6	8
9	0,20	1 1,0 2			Gerä		⊕ .⊆-10	0,0	1 1 1		
.⊑-10 tg 0							in st in				
10 verl					1		0 Horverlust				
Hörverlust 10 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20				+	— 2	0	ੁੱ ਜੋ 20				
30					— 3	0	30				+
40					- 4		40				
50					<u> </u>		50				
70							70				
80							80				
90				$\perp \perp \perp$	— 9		90				
100					d	ь	100				
	1					₽ 7					
110							110				+
	haglichkeits	schwelle bi	tte eintra	gen			110	glichkeitssch	nwelle bitte	eintrager	1
Unbe	ändlichkeit i	n %			Impe		110 Unbeha Verstän	dlichkeit in %	<u></u>		
Unbe Versta	ändlichkeit i		itte eintra		Impe	danz	Unbeha Verstän			e eintrager 80	
Unbe Versta	ändlichkeit i	n % 40 60			Impe R Sonda	danz enohr L	Unbeha Verstän	dlichkeit in %	60		
Unbe Versta	ändlichkeit i	n % 40 60			R Sonda MO-E	enohr L Oruck H ₂ O	Unbeha Verstän	dlichkeit in %	60		
Unbe Versta	ändlichkeit i	0 10			R Sondo	enohr L Oruck H2O edius- dB dB	Unbeha Verstän	dlichkeit in %	6 60		
Unbe Versta	ändlichkeit i	0 60 10 20			R Sonda MO-E	enohr L Druck H2O ddius- dB dB flex HL SL	Unbeha Verstän	dlichkeit in %	6 60		
Unbe	ändlichkeit i	0 60 40 60 20 30			R Sonda MO-E mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5	enohr L Druck H2O edius- dB dB elex HL SL kHz	110 Unbeha Verstän	dlichkeit in %	6 60		
Unber Versti 0 8p ui leged linde a solution of the solution of	ändlichkeit i	0 60 10 20 20 30 40			R Sonda MO-E mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5	enohr L Druck H2O edius- dB dB elex HL SL kHz LHz	Unbeha Verstän 0 5 20 20 8 5 5 5 5 5 5 6 7 7 8 7 8 7 8 8 7 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	dlichkeit in %	6 60		
Unbe Versta	ändlichkeit i	0 60 10 60 10 20 30 40 50			R Sonda MO-E mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5	enohr L Druck H2O edius- dB dB elex HL SL kHz LHz	Unbeha Verstän	dlichkeit in %	6 60		
Unber Versti 0 8p ui leged linde a solution of the solution of	ändlichkeit i	9 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60			R Sonda MO-E mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5	enohr L Druck H2O ddius- dB dB flex HL SL kHz LHz	Unbeha Verstän 0 5 20 20 8 5 5 5 5 5 5 6 7 7 8 7 8 7 8 8 7 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	dlichkeit in % 20 40	6 60 20 30 40 50		
Unber Versta 0 8p ui lebe 20 lebe 20 lebe 35 lebe 35 lebe 36 l	ändlichkeit i	10 60 10 60 10 20 30 40 50 60			R Sonda MO-t mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5	enohr L Druck H2O ddius- dB dB flex HL SL kHz LHz	Unbeha Verstän 0 80 65 80	dlichkeit in % 20 40	6 60 10 20 30 40 50 60		
Unber Versta 0	ändlichkeit i	10 60 10 60 10 20 30 40 50 60			R Sondo MO-E mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5 1 k 2 k 4 k	enohr L Druck H2O edius- HL SL kHz Hz Hz Hz	Unbeha Verstän 0 8p 5 il jebel 20 short som state of the	dlichkeit in % 20 40	6 60 10 20 30 40 50 60		
Unber Versta 0 8p ui lebe 20 lebe 20 lebe 35 lebe 35 lebe 36 l	ändlichkeit i	10 60 10 60 10 20 30 40 50 60			R Sondo MO-I mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5 1 k 2 k 4 k	enohr L Oruck H2O ddius- dB dB HL SL kHz Hz Hz Hz	Unbeha Verstän 0 80 65 80	dlichkeit in % 20 40	6 60 10 20 30 40 50 60		
Unber Versta 0 8p ui lebeb 20 lebeb 20 lebeb 35 lebeb 35 lebeb 35 lebeb 36 lebeb 36 lebeb 37	ändlichkeit ii 20 4	10 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60			R Sondo MO-I mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5 1 k 2 k 4 k FI. \$ (Zah	enohr L Druck H2O edius- HL SL HHZ HHZ HHZ Spr. IHEID Spr.	Unbeha Verstän 0 8 9 5 65 65 80 95	dlichkeit in % 20 40	6 60 20 30 40 50 60		
Unber Versta 0 8p ui lebeb 20 lebeb 20 lebeb 35 lebeb 35 lebeb 35 lebeb 36 lebeb 36 lebeb 37	ändlichkeit i	10 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60			R Sondo MO-I mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5 1 k 2 k 4 k	enohr L Druck H2O edius- HL SL HHZ HHZ HHZ Spr. IHEID Spr.	Unbeha Verstän 0 8 9 5 65 65 80 95	dlichkeit in % 20 40	6 60 20 30 40 50 60		
Unber Versta 0 8p ui lebeb 20 lebeb 20 lebeb 35 lebeb 35 lebeb 35 lebeb 36 lebeb 36 lebeb 37	ändlichkeit ii 20 4	10 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60			R Sondo MO-I mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5 1 k 2 k 4 k FI. \$ (Zah	enohr L Druck H2O edius- HL SL HHZ HHZ HHZ Spr. IHEID Spr.	Unbeha Verstän 0 8 9 5 65 65 80 95	dlichkeit in % 20 40	6 60 20 30 40 50 60		
Unber Versta 0	ändlichkeit ii 20 4	10 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60 60			R Sondo MO-I mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5 1 k 2 k 4 k FI. \$ (Zah	enohr L Druck H2O edius- HL SL HHZ HHZ HHZ Spr. IHEID Spr.	Unbeha Verstän 0 8 9 5 65 65 80 95	dlichkeit in % 20 40	6 60 20 30 40 50 60		
Unbe Versta 0 8p ui lead 20 della possible della po	ändlichkeit ii 20 4	10 60 10 60 10 20 30 40 50 60 (gp) tsn 20 H	80	100	R Sondo MO-I mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5 1 k 2 k 4 k FI. \$ (Zah	enohr L Oruck H2O ddius- HL SL kHz HHz HHz HHz HHz HHz Helpi Spr. John Spr.	Unbeha Verstän 0 8 9 5 65 65 80 95	dlichkeit in % 20 40	6 60 20 30 40 50 60		
Unbe Versta 0 8p ui 1988 20 110 0 65 80 95 110 Diskri Diagnose	ändlichkeit in 20 4	10 60 60 20 30 30 40 50 60 60 60 Final Parlust in %	80	100	R Sondo MO-I mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5 1 k 2 k 4 k FI. \$ (Zah	enohr L Druck H2O edius- HL SL HHZ HHZ HHZ Spr. IHEID Spr.	Unbeha Verstän 0 8 9 5 65 65 80 95	dlichkeit in % 20 40	6 60 20 30 40 50 60 (gp) 150 150 150 150 150 150 150 150 150 150	80	10
Unbe Versta 0 8p ui lead 20 della possible della po	ändlichkeit in 20 4	10 60 60 20 30 30 40 50 60 60 60 Final Parlust in %	80	100	R Sondo MO-I mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5 1 k 2 k 4 k FI. \$ (Zah	enohr L Oruck H2O ddius- HL SL kHz HHz HHz HHz HHz HHz Helpi Spr. John Spr.	Unbeha Verstän 0 8 9 5 65 65 80 95	dlichkeit in % 20 40	6 60 20 30 40 50 60 (gp) 150 150 150 150 150 150 150 150 150 150	80	10
Unbe Versta 0 8p ui 1988 20 110 0 65 80 95 110 Diskri Diagnose	ändlichkeit in 20 4	10 60 60 20 30 30 40 50 60 60 60 Final Parlust in %	80	100	R Sondo MO-I mm dB dB Stape HL SL Ref 0,5 1 k 2 k 4 k Um. (Zah	enohr L Oruck H2O ddius- HL SL kHz HHz HHz HHz HHz HHz Helpi Spr. John Spr.	Unbeha Verstän 0 8 9 5 65 65 80 95	dlichkeit in % 20 40	6 60 20 30 40 50 60	80	10

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) ______% oder a) mit Einsilbern b) mit Mehrsilbern ______ % (entsprechend DIN 45621) oder % (Marburger Satztest nach Niemeyer) c) mit Sätzen Vergleich verschiedener Hörgeräte über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand) Fabrikat Typ Hilfsmittelpositionsnummer Verstanden Wörter Zahlen Sätze Α В C D Nach den durchgeführten Hörproben schlage ich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit folgende Versorgung vor

Gerät		Positionsnummer
Begründung		
		Stempel und Unterschrift
	Ausgestellt am	
Gesamtpreis Euro		
Kostenvoranschlag für		Stempel und Unterschrift
Tinnitusmasker Tinnitusinstrument	Ausgestellt am	
Gesamtpreis Euro	radgestont and	
Ärztliche Bescheinigung		
Ich habe mich davon überzeugt, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird.		

Leistung der Krankenkasse

Die Krankenkasse übernimmt _____ Euro

Ausgestellt am

Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung

Ausgestellt am

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am _____ die verordnete Hörhilfe ____
erhalten zu haben den verordneten Tinnitusmasker/ das verordnete Tinnitusinstrument ____

Freigabe 01.09.2014

Raum für interne Vermerke der Krankenkasse

Das vorgeschlagene Gerät ist zweckmäßig

Ich habe mich davon überzeugt, dass der Tinnitusmasker/das Tinnitusinstrument

ausreichend zweckmäßig ist

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

		Freigal	oe 01.09.2014		
	Krankenkasse bzw. Kostenti	räger	00 0 1100120 1 1	Hilfs- Impf- SprSt. Begr BVG mittel stoff Bedarf Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Gebühr frei				6 7 8 9	,
Geb	Name, Vorname des Versich	nerten		Zuzahlung Gesamt-Brutto	
pfl.		auster .			
noctu		wiches Mus	geb. am		
	inini	glio.		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor Taxe
Sonstige	Ae _{LDII} .	_{dliches} Muster		1. Verordnung	
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	2. Verordnung	
Unfall					
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	3. Verordnung	
Arbeits- unfall					
	Rp. (Bitte Leerräume dure	chstreichen)			Vertragsarztstempel
aut idem					
aut idem					
aut idem					
[- F F H	Abgab	edatum		Unterschrift des Arztes
Bei Ar auszu	beitsunfall füllen!	in der	Apotheke		Muster 16 (10.2014)
Unfall	tag Unfallbetrieb	oder Arbeitgebernummer			

Empfangsbestätigung für Hilfsmittel

Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers
1		
2		
3		

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

Vermerke der Krankenkasse



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	01.09.2014	Not	tfall-	/Vei				ein				19
News Version de Versiehede			ärztlicher Notfalldie			rlaubs- k rankheits		ng		Notfall	Quartal	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am		Unfall Unfallfolg	gen							Geschlecht	W M
		Diagn	osen / g	gf. Abı	echnun	gsbegrü	ndunger	n				
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Da	atum											
Befunde/Therapie bitte auf Teil b ein	tragen!		Arbeitsunt pescheinio						Teil b e	rhält we	eiterbehandelnder Ar	zt:
				꽳								
					100							
						8						
Tag Mon.	Tag M	lon.				ZJ#U ZJPCE	21.1					
		ШL					\perp					
		— - — -						_ _				
											dliches Mu	ster
										اهده	dliches we	
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versich	n bei der oben genannten Krankenkasse versichert. Nicht zu verwenden							1/e	rbiii			
<u> </u>	b	bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten										
Datum Unterschrift des Versicherten und Schülerunfällen									V	ertragsarztstempel Muster 1	9a (10.2014)	

П

Krankenkasse bzw. Koste	hträger Freigabe 01.09.201	Notfall-/Vertretungsscheir	n 19
		ärztlicher Urlaubs- bzw. Notfalldienst Krankheitsvertretung	Notfall Quartal
Name, Vorname des Vers	cherten geb. am	Unfall Unfallfolgen Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen	Geschlecht W
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr. Datum		
efunde/Therapie		bescheinigt bis	
Tag Mon.	Tag	Mon.	
			194
			was Musici
Ich bin bei der oben ge	nannten Krankenkasse versichert.	Minellana für den	Verbindliches Muster
Datum	Unterschrift des Versicherten	Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt	Vertragsarztstempel Muster 19b (10.2014)

Krankenkasse bzw. Kost	enträger Freiga	be 01.09.2014	Notfall-/Vertretungssche	ein 19
			ärztlicher Urlaubs- bzw. Notfalldienst Krankheitsvertretung	g Notfall Quartal
Name, Vorname des Ver	sicherten	geb. am	Unfall Unfallfolgen	Geschlecht W
			Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Tag Mon.		Tag N	/lon.]
				Verbindliches Muster
				verbindliches
ch bin bei der oben ge Datum	enannten Krankenkasse ver Unterschrift des Versichert		Zum Verbleib beim vertretenden Arzt	Vertragsarztstempel Muster 19c (10.2014

enkasse bzw. Kostenti	räger	Freigabe 15.10.2018	Stufenw	eise Wiedereing	aliederuna	20
			in das E	rwerbsleben		
Vorname des Versich	nerten	geb. am	(Wiedere	eingliederungsp	olan)	
		Ü	zuletzt ausge	übte Tätigkeit		
iträgerkennung	Versicherten-N					
uragerkermung	Versionerten					
osstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			Stund täglich	
					taglioi	
wieder in da	s Erwerbsl und nach	e Wiederaufnahme seiner T eben eingegliedert werden dessen Rücksprache mit d	. Nach meiner ä	rztlichen Beurteilung emp	fehle ich mit Einverständ	lnis des
vom	Ü	bis	Art der Tätigk (ggf. Einschrä	eit Inkungen)		Stunden täglich
TITM	ијј	TTMMJJJ	(39.1 =			
TITM		TTMMILI				
	4100					-
IIIMN	VI J J	TIMMJJ				
TMM	M J J	TTMMJJ				
Für die Erst ist die Nr. 0	tellung des 11622 EBM	s ärztlichen Wiedereingliede I berechnungsfähig	erungsplanes		Vertragsarztstempel / Unte	rschrift des Arztes
kann nach A	geschlager Absprache i	nerten nen Wiedereingliederungsp mit dem behandelnden Arz ogebrochen werden.				
				Datum		
				TTMMJJ	Unterschrift des Ve	rsicherten
F-1-12						
Erklärung d Mit dem vor	_	gebers · Wiedereingliederungsplan	bin ich einverst	anden		
ja						
	ter folgood	on Vorguesotzungen				
nur unt	ter rolgende	en Voraussetzungen				
noin						
nein					Verbindliches	Muster
Für die gelei	isteten Stur	nden wird ein (Teil-)Arbeitse	entgelt gezahlt		whindliches	, ·
ja				Datum	Aere	
nein				TTMMJJ	Stempel und Unterschrift	des Arbeitgebers
	rtigung för	r den Arbeitgeber				
Ausiel	ragang lai	den Arbeitgebei				

nkasse bzw. Kostenträger		abe 15.10.20 [.]			NACKOIDAI			
			Stutent in das	weise wie Erwerbsle	ehen	iederung		20
Vorname des Versicherten				reingliede		an)		
		geb. am	-	jeübte Tätigkeit				
			Zuletzt ausg	jeuble raligkeli	L			
rägerkennung Versiche	erten-Nr.	Status						
		Determina						
sstätten-Nr. Arzt-Nr.		Datum					Stunden äglich	
							ag	
Durch eine stufenv wieder in das Erwe Versicherten und n beruflichen Tätigke	erbsleben e ach desse	eingegliedert wer	den. Nach meiner	ärztlichen Beu	rteilung empfel	hle ich mit Einver	ständnis	des
vom	bis		Art der Tätig (ggf. Einsch					Stunden täglich
TITMMJ	JI T	TMMJJ		3.7				
TTNANA		TRARALLI						
I I IVIIVI J	<u> </u>	I IVI IVI J J						
TTMMJ	J	TMMJJ						
TIMMJ	J T	TMMJJ						
Für die Erstellung ist die Nr. 01622 Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Abspraw Wiedereingliederung	rsicherten agenen Wi	edereingliederun m behandelnden	gsplan bin ich ein				- olgen er	wachsen
Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Abspra	rsicherten agenen Wi	edereingliederun m behandelnden	gsplan bin ich ein	ung der Belasti		gesundheitliche F kungen vorgenon	- olgen er	wachsen er die
Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Absprar Wiedereingliederung Erklärung des Arl Mit dem vorgesehe	rsicherten agenen Wi che mit dei ng abgebro	edereingliederun m behandelnden ochen werden.	gsplan bin ich ein Arzt eine Anpass	ung der Belasti Datum T T		gesundheitliche F kungen vorgenon	Folgen er nmen od	wachsen er die
Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Absprar Wiedereingliederun Erklärung des Arl Mit dem vorgesehe	rsicherten lagenen Wi che mit den ng abgebro	edereingliederun m behandelnden ochen werden.	gsplan bin ich ein Arzt eine Anpass	ung der Belasti Datum T T		gesundheitliche F kungen vorgenon	Folgen er nmen od	wachsen er die
Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Absprar Wiedereingliederun Erklärung des Arl Mit dem vorgesehe	rsicherten lagenen Wi che mit den ng abgebro	edereingliederun m behandelnden ochen werden.	gsplan bin ich ein Arzt eine Anpass	ung der Belasti Datum T T		gesundheitliche F kungen vorgenon	Folgen er nmen od	wachsen er die
Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Absprar Wiedereingliederun Erklärung des Arl Mit dem vorgesehe	rsicherten lagenen Wi che mit den ng abgebro	edereingliederun m behandelnden ochen werden.	gsplan bin ich ein Arzt eine Anpass	ung der Belasti Datum T T		gesundheitliche F kungen vorgenon	Folgen er nmen od	wachsen er die
Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Absprar Wiedereingliederun Erklärung des Arl Mit dem vorgesehe	rsicherten lagenen Wi che mit den ng abgebro	edereingliederun m behandelnden ochen werden.	gsplan bin ich ein Arzt eine Anpass	ung der Belasti Datum T T		gesundheitliche F kungen vorgenon	Folgen er nmen od	wachsen er die
Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Absprar Wiedereingliederun Erklärung des Arl Mit dem vorgesehe	rsicherten lagenen Wi che mit den ng abgebro	edereingliederun m behandelnden ochen werden.	gsplan bin ich ein Arzt eine Anpass	ung der Belasti Datum T T		gesundheitliche F kungen vorgenon	Folgen er nmen od	wachsen er die
Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Absprar Wiedereingliederun Erklärung des Arl Mit dem vorgesehe	rsicherten lagenen Wi che mit den ng abgebro	edereingliederun m behandelnden ochen werden.	gsplan bin ich ein Arzt eine Anpass	ung der Belasti Datum T T		gesundheitliche F kungen vorgenon	Folgen er nmen od	wachsen er die
Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Absprar Wiedereingliederun Erklärung des Arl Mit dem vorgesehe	rsicherten lagenen Wi che mit den ng abgebro	edereingliederun m behandelnden ochen werden.	gsplan bin ich ein Arzt eine Anpass	ung der Belasti Datum T T		gesundheitliche F kungen vorgenom Unterschrif	Folgen er	wachsen er die erten
Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Absprac Wiedereingliederun Erklärung des Arl Mit dem vorgesehe ja nur unter folg nein	rsicherten agenen Wi che mit den ng abgebro	edereingliederun m behandelnden ochen werden.	gsplan bin ich ein Arzt eine Anpass	Datum TTTN standen		gesundheitliche F kungen vorgenom Unterschrif	Folgen er	wachsen er die erten
Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Abspra Wiedereingliederur Erklärung des Arl Mit dem vorgesehe ja nur unter folg	rsicherten agenen Wi che mit den ng abgebro	edereingliederun m behandelnden ochen werden.	gsplan bin ich ein Arzt eine Anpass	Datum TTTN standen		gesundheitliche F kungen vorgenom Unterschrif	Folgen er	wachsen er die
Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Absprar Wiedereingliederun Erklärung des Arl Mit dem vorgesehe ja nur unter folg nein	rsicherten agenen Wi che mit den ng abgebro	edereingliederun m behandelnden ochen werden.	gsplan bin ich ein Arzt eine Anpass	Datum TTTN standen		gesundheitliche F kungen vorgenon	Folgen er	wachsen, er die
Erklärung des Ver Mit dem vorgeschl kann nach Absprac Wiedereingliederun Erklärung des Arl Mit dem vorgesehe ja nur unter folg nein Für die geleisteten	rsicherten agenen Wi che mit den ng abgebro	edereingliederun m behandelnden ochen werden.	gsplan bin ich ein Arzt eine Anpass	Datum TTT standen		gesundheitliche F kungen vorgenom Unterschrif	Folgen ernmen ode	wachsen, er die erten

nkasse bzw. Koster	nträger	Freigabe 15.10.2018		eise Wiedereing	liederung	20
Vorname des Versid	cherten			rwerbsleben eingliederungspl	an)	
		geb. am	•	eübte Tätigkeit	-	
ägerkennung	Versicherten-	Nr. Status				
tätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			Stunder täglich	<u> </u>
wieder in d Versicherte	as Erwerbs n und nach	se Wiederaufnahme seiner T sleben eingegliedert werden n dessen Rücksprache mit d	. Nach meiner ä	irztlichen Beurteilung empf	ehle ich mit Einverständn	s des
beruflichen vom	ratigkeit	bis	Art der Tätigl (ggf. Einschrä			Stunden täglich
TTM	MJJ	TTMMJJ				
TTM	M J J	TTMMJJJ				
ТТМ	MJJ	TMMJJ				
ттм	MJJ	TITIMIMIJIJI				
Für die Er	stellung de	s ärztlichen Wiedereingliede ø berechnungsfähig	erungsplanes			
ist die ivi.	OTOZZ EDN	w bereenhangstaing			Vertragsarztstempel / Unterso	hrift des Arztes
kann nach.	rgeschlage Absprache	herten enen Wiedereingliederungsp mit dem behandelnden Arz abgebrochen werden.	lan bin ich einvet t eine Anpassul	erstanden. Falls nachteilige ng der Belastungseinschrä	gesundheitliche Folgen en kungen vorgenommen o	erwachsen, der die
				Datum		
				TMMJJ	Unterschrift des Versi	cherten
	des Arbeit	gobore				
		n Wiedereingliederungsplan	bin ich einvers	tanden		
ja						
nur ur	nter folgend	den Voraussetzungen				
	. 9-110					
nein						
Envision	olototor Of	under using alle (Tall Mala 19	ontable section		Verbindliches !	Muste,
	eisteten Stu	unden wird ein (Teil-)Arbeitse	entgeit gezahlt		Verbindlic	
ja				Datum		
nein				TTMMJJ	Stempel und Unterschrift de	s Arbeitgebers
Ausfe	ertigung fü	r den Versicherten				

nkasse bzw. Kosten	träger	Freigabe 15.10.2018		eise Wiedereing	gliederung	20
Vorname des Versic	cherten			rwerbsleben eingliederungsp	lan)	
		geb. am	-	eübte Tätigkeit		
ägerkennung	Versicherten-	Nr. Status				
ätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			Stunder täglich	n
wieder in da Versicherter	as Erwerbs n und nach	e Wiederaufnahme seiner Ta leben eingegliedert werden. I dessen Rücksprache mit d	Nach meiner ä	arztlichen Beurteilung emp	fehle ich mit Einverständn	is des
beruflichen vom	Tatigkeit	bis	Art der Tätigl (ggf. Einschrä			Stunden täglich
ТТМ	MJJ	TMMJJ				
TITM	MJJ	TMMJJ				
ТТМ	MJJ	TIMMJJ				
ттм	MJJJ	TITMMJJJ				
Für die Ers	stellung des	s ärztlichen Wiedereingliede	rungsplanes			
ist die ivi.	01022 EDIV	/ berechnungsfähig			Vertragsarztstempel / Unterso	chrift des Arztes
kann nach /	rgeschlage Absprache	herten nen Wiedereingliederungspl mit dem behandelnden Arzi bgebrochen werden.	lan bin ich einv t eine Anpassu	erstanden. Falls nachteilig ng der Belastungseinschrä	e gesundheitliche Folgen e änkungen vorgenommen o	erwachsen, der die
Wiederenig	ilodorarig d	asgosioonon wordon.		Datum		
				TTMMJJ	Unterschrift des Versi	cherten
F.1.12	da a Autoria	and and				
Erklärung o Mit dem vo		gebers n Wiedereingliederungsplan	bin ich einvers	tanden		
ja						
nur un	iter folgend	den Voraussetzungen				
riai di	roigeno				-	
					-	
					_	
					_	
nein						sot.
					Verbindliches !	Muster
	eisteten Stu	unden wird ein (Teil-)Arbeitse	entgelt gezahlt		Verbindlici	
ja				Datum		
nein				TTMMJJ	Stempel und Unterschrift de	s Arbeitgebers
Ausfe	ertigung fü	r den Vertragsarzt				

	-rai	gabe 01.09.201 4	_		
Krankenkasse bzw. Kosten	iträger	9450 01.00.2014	Är: de	ztliche Be n Bezug i Erkrank	vor
Name, Vorname des Version	herten		Da	s genannt	e K
		geb. am	voi	_	
				ein- nließlich	1
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		r Beaufsicl er Pflege v	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			
		<u> </u>	_		
Die Art der Erkrank Beaufsichtigung	ung macht die Be	treuung und			
notwendig	ja	nein			
Unfall	ja	nein			ألد
				Verbin	'Oı
				Vertragsarztste	agme

cheinigung für 21 n Krankengeld ng eines Kindes

(ind bedarf/bedurfte

gung, Betreuung gen Krankheit.



Antrag des Versicherten* für den Bez	zug von Krankengeld bei Erk	krankung eines Kindes
Name, Vorname	Geburtsdatum \	Versichertennummer
	TTMMJJJ	
PLZ Wohnort	Straße, Haus-N	r.
		Freigabe 01.09.2014
Kontoinhaber		1 Telgabe 01.09.2014
IBAN		
Geldinstitut	BIC	
Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, B und gegen meinen Arbeitgeber während der Fr keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung ha	reistellung von der Arbeit	rankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin auf Entgeltfortzahlung für
Ich bin Alleinerziehende(r) ja ne	ein ·	<u> </u>
Eine andere in meinem Haushalt lebende Perso Kindes nicht übernehmen. Krankengeld aus Anl wurde in diesem Kalenderjahr von mir		
nicht für Tage bezogen		
	Datum	Verbindliches Muster
* Dieser Antrag ist von dem Versicherten zu stellen, der den Anspruch auf Krankengeld geltend macht.		Unterschrift des Versicherten

enkasse bzw. Vorname des	Kostenträger Versicherten	gabe 01.09.2014	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychoth Psychotherapeuten und Kinde	-		Psych	ologiso	che
		geb. am	Jugendlichenpsychotherapeu		1 1		1 1	ı
			Auf Veranlassung von:	A	rztnummer			
nträgerkennun	g Versicherten-Nr.	Status						
sstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Name des Therapeuten	В	etriebsstätte	nnummer		1
ostatteri-ivi.	AIZEINI.	Jacum						
den a Parall gleitbe	ktuellen Beschwerd elbehandlungen sta	den, medizinische Dia at./amb. (z.B. laufende r psychiatrische bzw.	ingsstandes), relevante anamnestiscagnosen, Differenzial- und Verdachte Medikation), ggf. Befunde, die ein kinder- und jugendpsychiatrische U	tsdiagn ne ärztli	osen, re che/ärzt	elevant lich ve rforder	e Vor- eranlass	und ste E ache
		ъ	bzw. Untersuchungen notwendig	bzw. ve	_			
_		arnaeete maiznamine	. sem emeredendingen nemenalg			ar arra		
_								
□ ir	dikationen für eine		efunde bestehen derzeit Kontra- ne Behandlung (Begründung s. o.)					
_			Ausstellungsdatum	,	Verbin ⁽	yliche	³² Wn,	ster

Ausfertigung für den Therapeuten

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Muster 22a (10.2014)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherap Psychotherapeuten und Kinder- un		22
Jugendlichenpsychotherapeuten Auf Veranlassung von:	Arztnummer	<u></u>
Name des Therapeuten Chiffre	Betriebsstättennummer	ente
des Familiennamens	eburtsdatum	

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:

	chiatrische bzw. kinder- und				
uge	ndpsychiatrische Abklärung ist erforderlic	ch	nicht erforderlich	erfolgt	veranlasst
Sinc	l ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw.	. Unter	suchungen notwendig	bzw. veranlasst ur	nd ggf. welche?
	Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde indikationen für eine psychotherapeutische Beh				
	Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich				
	Art der Maßnahme:			Freigabe	01.09.2014
					کمد
					_{ches} Muster
				Verbindli	٠٠,
			Ausstellungsdatum	ľ	
Für	diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig	9	TTMMJJ	Vertragsarztstempe	/ Unterschrift des Arztes
	Ausfertigung für den Gutachter				

Muster 22b (10.2014)

kasse bzw. Koste	ntrager	gabe 01.09.2014	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychothe	-	n Psych	ologisc	he
omame des vers	onerten	geb. am	Psychotherapeuten und Kinde Jugendlichenpsychotherapeut				
			Auf Veranlassung von:	Arztnumme	er		
gerkennung	Versicherten-Nr.	Status					
ätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Name des Therapeuten	Betriebsstä	ittennummer		
	1						
den aktue Parallelbe	ellen Beschwerd ehandlungen sta	den, medizinische D at./amb. (z.B. laufend	lungsstandes), relevante anamnestisch iagnosen, Differenzial- und Verdachts de Medikation), ggf. Befunde, die eine v. kinder- und jugendpsychiatrische U	sdiagnosen, e ärztliche/är	relevant ztlich ve	e Vor- û eranlass	und te B
-	ische bzw. kinde		_		_	_	
jugendps	ychiatrische Abl	klärung ist er	forderlich nicht erforderlich	erfol	lgt	veran	nlass
Sind ärztl	iche/ärztlich ver	ranlasste Maßnahme	en bzw. Untersuchungen notwendig k	ozw. veranla	sst und	ggf. we	lche
_			lefunde bestehen derzeit Kontra- che Behandlung (Begründung s. o.)				
		lung ist erforderlich					
	ler Maßnahme:						
							ate!
					_{indlich}	es Mu	שים י
				Verb	indiio		
			Ausstellungsdatum	•			

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psycho	otherapie durch Psycholog	22 ische
Name, Vorname des Vers	sicherten		Psychotherapeuten und Kir		
		geb. am	Jugendlichenpsychotherap	euten	
			Auf Veranlassung von:	Arztnummer	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
			Name des Therapeuten	Betriebsstättennummer	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			
	I				

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

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme:

Ausstellungsdatum





Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit:	Gesundheit / zur erschlimmerung Ier Krankheiten esundheitlichen	l	·	
Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Bes	chwerden			
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				
2.				
3.				
Ursache: 1 = Unfallfolgen; 2 = Berufskrankheit; 3 = Gesundheitsschäden nac Verlauf: 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitut		zu rezidivierende	n somatischen	Erkrankungen
Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:				
	Datum d	er letzten Unter	suchung:	
Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z.	B. Facharzt, Krankenhause	ntlassungsberic	ht)	
können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden	liegen nicht vor		,	
<u> </u>		leafalstavan Vaul		\
Angestrebtes Vorsorgeziel (z.B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Be	ewegiichkeit, Abbau von Hisi	kotaktoren, veri	naitensanderui	1g):
Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Mor	aten durchgeführt?			
Krankengymnastik Physik. Therapie	Stimm-, Sprech- oder Sp		Ergothera	•
Psychotherapie Patientenschulung	Rehasport/Funktionstrain	ning	Selbsthilf	egruppe
Sonstige (z.B. Hilfsmittelversorgung):				
Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinisch Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jah (z.B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil	0	U	e!	
Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z.B. Klima, Alle nein ja, welche	,	_		
empfohlener Kurort:	Dauer: Woch	nen		
Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur)	ja r	nein — Cli	ültig seit J	uli 2009
Ggf. weitere Bemerkungen:				.oX
				Music
- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM berechnungsfähig -			rbindliche	5 ^{\cu}
Hinweis: Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Vorauf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.			schrift und Stempel o	

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 25 (7.2009)

	Freigah	e 07.07.2017
Krankenkasse bzw. Kostentr	äger	07.07.2017
Name, Vorname des Versich	erten	
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
		1

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt?

Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigefügt!

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

Straße

PLZ

		geb. am				
			Diagnose (ICD-10-Code)			
erkennung	Versicherten-Nr.	Status	Schweregrad	 		
ten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		pesteht seit (falls bekannt)	TTMMJJ	
Art und A	Ausprägung der Fä	higkeitsstörungen				
Zusätzlich	bei Diagnosen aus de	m Bereich F00 bis F99	gemäß § 2 Abs. 5 dei	Richtlinie und GAF ≤ 40		
Art und A	Ausprägung der Co	o-Morbiditäten / So	nstige Einschränk	ungen		
Angaber	n des Versichertei	n		Angaben des nächsten An	gehörigen	
Straße				Name		
PLZ	Ort			Straße		
Telefonnum	imer			PLZ Ort		
Wohnform (z.B. alleinstehend in eige	ener Wohnung, Familie/E	ltern, in Einrichtung)	Telefonnummer		
Angaher	n zum Betreuer			Name		
_	n gesetzlicher Beti	reuer heetellt?	Nein la	Name		

Ort

		Telef	onnummer
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten		Beantragte Anzahl c Therapieeinheiten	ler
Voraussichtliche Dauer der Therapie		Bereits durchgeführ Leistungen	te
Prognose			
Krankenhausbehandlung	wird vermieden	wird verkürzt	ist nicht ausführbar
Begründung			

Für das Ausstellen der *Erst*verordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der *Folg*everordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

nkasse bzw. Kostenträger	Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V	26
Vorname des Versicherten geb. am		
	Diagnose (ICD-10-Code)	
trägerkennung Versicherten-Nr. Status	Schweregrad	
stätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	(It. GAF-SKALA)	
	Erkrankung besteht seit (falls bekannt)	
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen		
Zuaätzlich hai Diagnagan aug dam Paraich 500 his 500 ga	mäl S 2 Abo E day Diahtlinia und CAE < 40	
Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 ge- Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sons		
Angaben des Versicherten	Angaben des nächsten Angehörigen	
Straße	Name	
PLZ Ort	Straße	
Telefonnummer	PLZ Ort	
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Elter	rn, in Einrichtung) Telefonnummer	
Angelon Turn Between		
Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt?	Nein Ja	
Wenn ja, für welche Angelegenheiten?	Straße	
	PLZ Ort	
	Telefonnummer	
Voraussichtliche Anzahl	Beantragte Anzahl der	
Voraussichtliche Dauer	Therapieeinheiten Bereits durchgeführte	
der Therapie	Leistungen	
Prognose		
Krankenhausbehandlung wird vermieden	wird ist nicht verkürzt ausführbar	
Begründung		
Der soziotheraneutische Betreuungsplan ist heigefügt!		cteľ

Verbindliches Muste Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für das Ausstellen der *Erst*verordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der *Folg*everordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

Datum

Muster 26b (10.2017)

get. am get. am get. am Diagnose (rCD +0 Cade) Schweregrad (r. Gaf SALA) Erkrankung besteht seit (falls bekannt) Art und Ausprägung der Fählgkeitsstörungen Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gem88 § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF s. 40 Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Telefornummer Wühnform (z.B. alleinstehend in eigener Wöhnung, Familie/Eilten, in Einschtung) Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapieeinheiten Prognose Weird wird wird ist nicht	Freigabe 07.07.2017 asse bzw. Kostenträger	Verordni	ung Soziotherapie 37a SGB V
Diagnose ((CD-10-Code) Schweregrad (tr. 4AF-SKLAL) Erkrankung besteht seit (falls bekannt) Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF s. 40 Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Vehrnform (z.8. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Prognose Weird Wird Wird Ist nicht		geman	, ora cab v
getternung Versicherten-Nr. Status (RCD-10-Code) Schweregrad (RCD-16-Code) Schweregrad (RCD-16-	geb. am		
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen Erkrankung besteht seit (falls bekannt) Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen Zusätzlich bel 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 Angaben des nächsten Angehörigen Name PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Famille/Eitern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapieeinheiten Prognose Weird Wird Wist nicht			
Erkrankung besteht seit (falls bekannt) Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich FOO bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF s. 40 Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Straße PLZ Ort Straße Wichnform (z.B. alleinstehend in eigener Wehnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapieeinheiten Prognose Wird wird wird ist nicht	gerkennung Versicherten-Nr. Status		
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 Angaben des nächsten Angehörigen Name PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eitern, in Einrichtung) Telefonnummer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Straße Wenn ja, für welche Angelegenheiten? PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapieeinheiten Bereits durchgeführte Leistungen Prognose	ätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		
Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 ble F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF s 40 Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen Angaben des Versicherten Straße Angaben des nächsten Angehörigen Name PLZ Ort Telefonnummer Wehnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Name Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Straße PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose		Erkrankung t	esteht seit (falls bekannt)
Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose	Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen		
Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose			
Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose			
Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose	Zusätzlich hai Diagnasan aus dam Baraich E00 his E00 gu	emäß & 2 Abs 5 der	Pichtlinia und CAE < 40
Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose Angaben des nächsten Angehörigen Name PLZ Ort Telefonnummer Name Straße PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Urraussichtliche Dauer der Therapie Leistungen Prognose			
Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eitern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Straße Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose wird wird wird ist nicht			
Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eitern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Straße Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Wird Wird ist nicht			
Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eitern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Straße Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Wird Wird ist nicht			
PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eitern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Straße Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Wird wird ist nicht			
Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eitern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie PLZ Ort Telefonnummer Name Name Name PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten Bereits durchgeführte Leistungen Prognose	Straße		Name
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird wird Ielefonnummer Name Name Straße PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose	PLZ Ort		Straße
Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Prognose Nein Ja Straße PLZ Ort PLZ Ort Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten Bereits durchgeführte Leistungen Prognose	Telefonnummer		PLZ Ort
Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten Bereits durchgeführte Leistungen Prognose			
Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird ist nicht	Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Elte	ərn, in Einrichtung)	Telefonnummer
Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird ist nicht	Angebon zum Betrouer		
Wenn ja, für welche Angelegenheiten? PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird ist nicht		Nein Ja	Name
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird ist nicht			Straße
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird ist nicht	Wenn ja, für welche Angelegenheiten?		PLZ Ort
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird ist nicht			
der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird wird wird wird wird wird wird wird ist nicht			Ielefonnummer
der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird wird wird wird ist nicht		Beantragte Anz	ahl der
Prognose wird wi		Therapieeinheite	en
wird wird ist nicht	voraussichtliche Dauer der Therapie	Bereits durchge Leistungen	типте
wird wird ist nicht	Prognose		
K reply appearable benefit up at 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	wird		
	Krankenhausbehandlung vermieden	verkü	zt ausführbar
Begründung	Begründung		

Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigefügt!

Für das Ausstellen der *Erst*verordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der *Folg*everordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

Ausfertigung für den verordnenden Arzt



Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Freigabe 01.09.2014	4			
kasse bzw. Kostenträger	Soziotherap gem. § 37a	eutischer Betre	euungsplan	2
/orname des Versicherten				
geb. am		/erordnung und zur die Krankenkasse)		
rägerkennung Versicherten-Nr. Status	_			
agenterming versioneren vi. Claus				
stätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	IK de	s Leistungserbringers		
Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)				
Verordnete und empfohlene Maßnahmen, der	en Inanspruchnahme zu	u koordinieren ist		
· ·				
1				
2				
3				
4				
5.				
6				
7				
8.				
·				
9.				
D 1600 1 100 10 10 10				
Durchführung der soziotherapeutischen Ma	aisnanmen —————			
Art der Maßnahmen	Frequ	enz pro Woche / Monat	Zeitraum	
Ausstellungsdatum		Datum	Unterschrift des Therape	uten
	ndliches Muster			
	uiches IV.			
• • • • • • • • • • • • • • • • • • •	10110	Datum	Unterschrift des Patiente	n

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen

Muster 27a (10.2014)

kasse bzw. Koste	enträger F rei	gabe 01.09.2014	Soziotherapeutischer Betregem. § 37a SGB V	euungsplan	
Vorname des Versicherten geb. am		geb. am	(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)		
ägerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
stätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	IK des Leistungserbringers		
Therapie	eziele (Nah- und F	Fernziele definieren)			
Verordne	ete und empfohle	ne Maßnahmen, deren	Inanspruchnahme zu koordinieren ist		
1.					
6.					
7.					
8.					
9.					
Durchfü	ihrung der sozio	therapeutischen Maß	nahmen		
Art der I	Maßnahmen		Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum	

Ausstellungsdatum

Ausfertigung zum Verbleib

beim soziotherapeutischen

Leistungserbringer

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum	Unterschrift des Therapeuten
Datum	Unterschrift des Patienten

Freigabe 01.09.2014 Kenkasse bzw. Kostenträger		eigabe 01.09.2014	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V				
ne, Vorname des Vers	, Vorname des Versicherten geb. am		(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)				
tenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status					
iebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	IK des Leistungserbringers				
			Inanspruchnahme zu koordinieren ist				
	-						
2							
3							
6.							
7.							
8.							
9.							
Durchfü	hrung der sozi	otherapeutischen Maß	nahmen				
Art der N	Maßnahmen		Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum			

Ausstellungsdatum

Ausfertigung

zum Verbleib beim verordnenden Arzt

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum	Unterschrift des Therapeuten
Datum	Unterschrift des Patienten

an die Krankenkasse weiterzuleiten!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers

kasse bzw. Kostenträger	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie
orname des Versicherten geb. am	gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten
ägerkennung Versicherten-Nr. Status	Diamaga
	Diagnose (ICD-10-Code)
stätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	- ITITINANA ILI
	Erkrankung besteht seit (falls bekannt)
Krankenhausbehandlung wird vermieden	wird ist nicht ausführbar
Erklärung des Arztes Mit dem Ziel, die Überweisung des Versichert Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, Leistungserbringer hinzu Name des soziotherapeutischen Leistungserbringers	
Straße	
PLZ Ort	
Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die I berechnungsfähig.	Nr. 30800 EBM Datum T T M M J J Vertragsarztstempel / Unterschrift des
Abrechnung des soziotherapeutischen Leis Folgende Leistungen wurden erbracht Datum Leistung	istungserbringers
TTMMJJJ	
TTMMJJ	
TTMMJJJ	
TTMMJJJ	
LILIMMITIT	
Bemerkungen zur Abrechnung	
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leis	stungen persönlich erbracht habe und bitte
um Überweisung des vertraglich vereinbarten	Betrages auf folgendes Konto
Kontoinhaber	
BIC Geld	dinstitut
	. dliches Mus
	ches Mus
	Aliche

Datum

Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers

nkasse bzw. Kosten	träger Freiga	abe 07.07.2017	Verordnung bei Überweisung zur 28
/	handari.		Indikationsstellung für Soziotherapie
orname des Versic	nerten	geb. am	gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten
rägerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Diagnose
sstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	(ICD-10-Code)
			Erkrankung besteht seit (falls bekannt)
Krankenh	ausbehandlung	wird vermieden	wird ist nicht verkürzt ausführbar
Mit dem 2 Facharzt/ Leistungs	g des Arztes Ziel, die Überweisu Psychotherapeuter erbringer hinzu oziotherapeutischen Leis	n sicherzustellen, zie	n an einen verordnungsberechtigten ehe ich folgenden soziotherapeutischen
Straße			
PLZ	Ort		
E	A	/	Datum
	Ausstellen dieses V Ingsfähig.	ordrucks ist die Nr.	30800 EBM TTTMMJJJJ Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Abrechnu Folgende	istungserbringers ung des soziother Leistungen wurder Leistun		ungserbringers
TTN	1MJJ		
TIN	1MJJ		
TTN	1MJJ		
TITIN	ıMJJ		
Ich versic	veisung des vertrag	aufgeführten Leistun	ngen persönlich erbracht habe und bitte letrages auf folgendes Konto
BIC		Geldins	stitut
			we shes Muster

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Dat	um				
Т	Т	M	M	J	J

	Freig	abe 09.05.2017	_
Krankenkasse bzw. Koste	nträger	ubc 03.00.2011	Empfehlung zur verhaltensbezog prävention gem. § 2
Name, Vorname des Versi	cherten	geb. am	Bewegungsgew Ernährung Stressmanagem Suchtmittelkons
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Sonstiges
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
geprüften und aner Fördervoraussetzu Hinweise des behan	rkannten Präventioi		
			Verbindlich
			Vertragsarztstempel / Un

36 genen Primär-20 Abs. 5 SGB V ohnheiten nent sum

les Muster nterschrift des Arztes

Muster 36 (7.2017)

enkasse bzw. Kostenträger Freigabe 10.11.2020	Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom Auftragsnummer des Labors
, Vorname des Versicherten geb. am	Aditiagshummer des Labors
Alterskategorie 20-29 Jahre Auftrag (Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungssze Primär- screening Abklärungs- diagnostik Zytologie HPV-Test Ko-Test (Zyt.+h Anamnese Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? nein ja, zuletzt MMJ Gruppe HPV-Impfung HPV-HR-Testergebnis vollständig liegt nicht vor unvollständig liegt vor keine positiv unklar negativ nicht verwertbar Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales nein ja Welche? Wann?	Döderleinflora Mischflora Kokkenflora
Letzte Periode T T M M J J nein Gravidität Ausfluss / pathologische Blutung IUP Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung (ggf. bitte in Anmerkungen erläutern) Klinischer Befund unauffällig auffä Erläuterungen ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen	Zeitraum in Monaten sofort Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes
	Verbindliches Muster

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

uster Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 39a (1.2021)

Freigabe 10.11.2020 Krankenkasse bzw. Kostenträger	Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom
Name, Vorname des Versicherten geb. am	Auftragsnummer des Labors
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	Zytologischer Befund / Kombinationsbefund Eingangsdatum
Anamnese Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? nein gruppe HPV-Impfung HPV-HR-Testergebnis vollständig unvollständig liegt vor keine unklar Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales nein Ja, zuletzt MM M M M M M M M M M M M	re vorhanden nicht vorhanden Proliferationsgrad
Jetzt: Letzte Periode T T MMJ J Gravidität Ausfluss / pathologische Blutung IUP Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung (ggf. bitte in Anmerkungen erläutern) Klinischer Befund unauffällig au Erläuterungen ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portic Diagnosen; sonstige Anmerkungen	zytologische Kontrolle
	whindliches Muster

Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt

NelD Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse

Sehr geehrte(r) Frau / Herr	
Sie haben am TTMMJJ für Frau / Herrn	
Name und Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Anschrift des Versicherten	
Versichertennummer	
eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgende Verordnung(en)	
eine Verordnung von Krankenhausbehandlung	Freigabe 04.08.2005
ausgestellt.	
Bitte geben Sie auf der Rückseite Auskunft zu folgendem Sachverhalt:	
Bei uns kann keine Mitgliedschaft festgestellt werden bzw. die Mitgliedschaft endete am	TMMJJ
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 Vertragsarz	rt auszufüllen!		7	
Wurde der Name und d	das Geburtsdatum von uns richtig wiede	ergegeben?	ja	nein
Wenn nein, bitte berich Name und Vorname de				Geburtsdatum T M M J J
Hat ein Behandlungsau	usweis zum Zeitpunkt der Behandlung v	orgelegen?] ja	nein
Name der Krankenkass	se			
Bei Kassenwechsel: Name der neuen Krank Bitte nur bei Angabe einer n Behandlungstag	neuen Krankenkasse ausfüllen! EBM-Nr.	Behandlungstag	EBM-Nr.	
TTMMJJ		TTMMJJ		
TMMJJ		TTMMJJ		
		Ausstellungsdatum		tbe 04.08.2005 Muster
		TTMMJJ		tempel / Unterschrift des Arztes

Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers

Sehr geehrte(r) Frau / Herr	
Sie haben am TTMMJJJ für Frau / Herrn	
Name und Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
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. Gewalteinwi	rkung
vor.	
2. Es besteht möglicherweise ein ursächlicher Zusammenhang mit dem/den anerkannten Vers	sorgungsleiden
Fre	igabe 08.08.2005
Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe. Mit freundlichen Grüßen	anuster
Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe. Mit freundlichen Grüßen	Anlage Freiumschlag
Verbn.	relumschlag

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

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 an einen anderen Arzt von einem anderen Arzt Name des Arztes Anschrift Wurden von Ihnen Leistungen (z.B. Arzneimittel, Heil-/Hilfsmittel, Krankentransport aufgrund des Unfalls) veranlasst / verordnet? nein Wenn ja, welche? (bitte genaue Bezeichnung) Dauert die Behandlung noch an? nein ja Ist mit Spätfolgen zu rechnen? nein noch nicht absehbar Bitte in jedem Fall ausfüllen! Behandlungstag EBM-Nr. Behandlungstag EBM-Nr. zu 2. Angaben zum ursächlichen Zusammenhang mit dem Versorgungsleiden Steht die für die Bescheinigung / Verordnung (s. Vorderseite) maßgebliche Diagnose im ursächlichen Zusammenhang mit nein zweifelhaft den anerkannten Versorgungsleiden? Nur bei Arbeitsunfähigkeit / Krankenhauseinweisung! Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung / Krankenhauseinweisung war ausschließlich / überwiegend wegen der anerkannten Schädigungsfolgen vom überwiegend wegen anderer Leiden vom Bitte in jedem Fall ausfüllen! Behandlungstag EBM-Nr. Freigabe 08.08.2005 Verbindliches Muster Ausstellungsdatum Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Kranken	kasse bzw. Kostenträger	Freigabe 21.05	.2015		t für die Kran				52
Name, V	orname des Versicherten			FOLIDE	stehen der A	rbeitst	ımamığı	Keit	
		geb	. am						
Kostenti	ägerkennung Versicherte	en-Nr. Status							
Betriebs	stätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum							
1.	Wegen welcher Diag			_					
	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	Cada	ICD 10 Code	ICD-10 - Code		ICD-10 - Code	
	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 -	Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	;	10D-10 - Code	
2.	Welche Tätigkeiten ü	ibte der Versicherte	ois zum	Beainn der Arb	peitsunfähigkeit aus?				
	(Bei Empfängern von Arb				9				
	2.1 erwerbstätig	g als							
	2.2 Der Versich	erte ist Empfänger v	on Arbei	tslosengeld un	d hat sich vor Beginn	n der Arbeit	sunfähigkei	t für	Stunden
		der Arbeitsvermittlur	_		llt. Imfang leichte Tätigke	aitan ausüh	en?	ia	nein
	italii dei Li	inplanger von Arbeit	sioserige	ia in diesem c	mang leichte raugke	enen ausub	en:	ja	TIGIT
3.	Ist der Zeitpunkt des	Wiedereintritts der	Arbeitsfä	higkeit absehb	oar?				
	nein ja	a, Arbeitsfähigkeit be	esteht vo	raussichtlich a	b T T MM J	J			
4	Welche diagnostisch	en/therapeutischen	Maßnahi	men sind in Re	zug auf die Arbeitsun	nfähiokeit au	ıslösende(n	ı) Diagnose(r)
	vorgesehen?		iviai) iai ii	non oma m Be	zag dar die 7 i zeitedi	namgkon a		n Diagnoss(i	,
	konservativ (ggf. war	nn und weiche)							
	operativ (ggf. wann u	und welche)							
5.	Weitere behandelnde								
	(Diese Angabe ist nur erf	forderlicn, sofern nicht a	us aen Be	rundberichten ers	sichtlich.)				
6.	Welche weiteren Mal	ßnahmen sind angez	eigt?						
	keine					Me	edizinische F	Rehabilitatio	า
	Innerbetrieblich (Gilt nicht für Arbe		sel (z.B.	zur Vermeidun	g von Schichtarbeit)	Ps	ychotherape	eutische Beh	andlung
	Stufenweise W	iedereingliederung				Lei	stung zur Toeitsleben	eilhabe am	
		·					Deitsiebei		
	Sonstige (z.B. S	Suchttherapie, Ernäh	rungsbe	ratung, Rücke	nschule)				
7.	Gibt es bei der Über	windung der Arbeits	unfähigk	eit andere Pro	bleme?				
	nein ja	a, folgende							
					7				
	Besteht oder droht e Sonstiges / Bemerku			ja	nein				
ອ.	Consuges / Demerkt	angen zum Gesunun	GIGZUST	ind				مقعار	ister
							المرارا	niches M	L
					5		Verbing	lliches M	
		dieses Berichts ist o	die		Datum				
	Nr. 01622 EBM bei	rechnungstähig				JJJ	Vertragsarztster	mpel / 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 TTMMJJJ	arbeitsunfähig erkrankt in stationärer Behandlung
Um die Dauer des Leistungsanspruchs prüfen zu können, teilen Sie uvorherigen Arbeitsunfähigkeitszeiten (Daten siehe Rückseite) in ursäc	
Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.	
Mit freundlichen Grüßen	

Anlage Freiumschlag Verbindliches Muster

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

	Von der Krankenkasse auszufülle	en!		
l.	Arbeitsunfähig vom TTMMJJbis wegen	TTMMJJ		
II.	Vorher bestand Arbeitsunfähigkeit wegen	vom	bis	behandelnder Arzt
	1			
	2			
	3			
	4	TITIMMJJJ	TTMMJJ	
	5	TTMMJJ	TTMMJJ	
	6	TTMMJJ	TTMMJJ	
	Vom Vertragsarzt auszufüllen!			
	Handelt es sich bei der unter I. angegebenen I dieselbe Krankheit* im Sinne der unten abgedinnein ja, und zwar bei der/den u	ruckten versicherungsrecl	htlichen Erläuterungen?	
III.	Sind während der unter I. genannten Arbeitsur	nfähigkeit weitere Krankhe	eiten hinzugetreten?	
	nein ja, und zwar			
				am T T MMJJ
	Wird die Arbeitsunfähigkeit nur noch von der/d	den hinzugetretenen Kran	khait(an) hadinat?	
	nein ja, und zwar			
				ab T T M M J J
	Handelt es sich bei der hinzugetretenen Krank dieselbe Krankheit* im Sinne der unten abged			kung um
	nein ja, und zwar bei der/den u	unter Ziffer(n)		genannten Krankheit(en).
	Ergänzende Bemerkungen			
				igabe 04.08.2005
				auster
				diches Nic
		Ausst	tellungsdatum 1 6	_{irbindliches} Muster
	*) Versicherungsrechtliche Erläuterungen	T 1		gsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Der Begriff "dieselbe Krankheit" setzt nicht vorraus, 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.

	Frei	gabe 08.07.2016
Krankenkasse bzw. Koste	nträger	9456 6616112616
Name, Vorname des Versi	cherten	
		geb. am
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
		1
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
oehandlungsbedürf	ftige Dauerdiagno	se(n) ((CD-10)
CD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
		_
Kontinuierliche me	dizinische Versorg	jung der oben
genannten Erkrank	ung ist weiterhin	erforderlich
ia. Ende der Da	uerbehandlung der	zeit nicht absehbar
1 1 1	ich bis MM J J	
	CIT DIS MINITO O	_
nein		
Die Vergütung für das	Ausstellen dieser Bes	scheinigung
erfolgt über die hausä bzw. ist die Nr. 01610	rztliche Versichertenpa	auschale
DEW. IST UIC IN. UTUTU	EDIM Defection (Asian)	rg.

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

Seit I I I I I I I J J

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 55 (10.2016)

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	· of	Geburtsdatum
	Verbindliches Muster	TTMMJJ
Krankenkasse	sindliches	
	Aelpu	Freigabe 08.07.2016
Krankenversichertennummer		

				Inernanme	5
orname des Versicher	rten		Antrag auf Kosteni		· ·
		geb. am	für Rehabilitation	onssport	
			für Funktionstra	aining	
ägerkennung \	Versicherten-Nr.	Status	Rehabilitationssport/Funktionst	raining werden von de	n Krankenkassen
stätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	insbesondere mit dem Ziel der	Hilfe zur Selbsthilfe zu	r Verfügung gestellt.
Ärztliche	Verordnung f	iür Rehahilita	tionssport/Funktionstra	ining	D: 1.11
			s relevante Nebendiagnose	9	Diagnoseschlüs ICD-10-0
Schädigung oder Aktivität(e	der Körperfunktion en) und Teilhabe	en und Körperstru	kturen für die verordnungsrelevan	nte(n) Beeinträchtigung((en)ster
	,			. n	es Mus
Ziel des Reha	abilitationssports/F	unktionstrainings		hindlich	
				Vers	
Gymnas			Ausdauer- und	Empfohlene Funkti	
Gymnas		Schwimmen	Ausdauer- und Kraftausdauerübungen	Trockengymna	
	,				
Bewegu	ngsspiele	Sonstige		Wassergymna	stik
Bewegu Übunger Behindel	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau	Selbstbewusstsein uen und Mädchen	s behinderter oder von		
Bewegu Übunger Behindel	ngsspiele	Selbstbewusstsein uen und Mädchen	s behinderter oder von	Wassergymna Funktionstraining i	
Bewegu Übunger Behinder Rehabilitatio	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwe	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe	s behinderter oder von erforderlich	Funktionstraining i	st notwendig für chtwert)
Bewegu Übunger Behinder Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwei ngseinheiten in 18 ungseinheiten in 36	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe	s behinderter oder von erforderlich erte) verte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen	Funktionstraining i 12 Monate (Rid 24 Monate (Rid folgenden ges Krankheiten/B	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronische ehinderungen bei
Bewegu Übunger Behinder Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Krai insbesor	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwe ngseinheiten in 18 ungseinheiten in 36 nkheiten mit darau ndere der Mobilitä	Selbstbewusstsein uen und Mädchen on ndig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwas resultierenden stoder Selbstversch	s behinderter oder von erforderlich erte) verte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen	Funktionstraining i 12 Monate (Rid 24 Monate (Rid folgenden ges Krankheiten/B	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronische ehinderungen bei nträchtigung der
Bewegu Übunger Behinder Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Kral insbeson Asi Blir	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwe ngseinheiten in 18 ungseinheiten mit daraundere der Mobilitä thma bronchiale ndheit, in den letzter Antragstellung erw	Selbstbewusstsein uen und Mädchen ondig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwas resultierenden stoder Selbstverschaft 12 Monaten vorben	s behinderter oder von erforderlich erte) verte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen orgung	Funktionstraining i 12 Monate (Ric 24 Monate (Ric folgenden ges Krankheiten/Beschwerer Beei Beweglichkeit/	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronische ehinderungen bei nträchtigung der
Bewegu Übunger Behindel Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Kraı insbeson Asi Blii vor Ch	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwe ngseinheiten in 18 ungseinheiten in 36 nkheiten mit daraundere der Mobilitäthma bronchiale ndheit, in den letzter Antragstellung erwironisch-obstruktivngenkrankheit (CC	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwas resultierenden s t oder Selbstverso en 12 Monaten /orben e	s behinderter oder von erforderlich erte) verte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen orgung Morbus Parkinson	Funktionstraining i 12 Monate (Ric 24 Monate (Ric folgenden ges Krankheiten/Beschwerer Beei Beweglichkeit/	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronische ehinderungen bei nträchtigung der 'Mobilität
Bewegu Übunger Behindel Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Kraı insbeson Asi Blii vor Ch	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwe ngseinheiten in 18 ungseinheiten mit daraundere der Mobilitä thma bronchiale ndheit, in den letzter Antragstellung erw	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwas resultierenden s t oder Selbstverso en 12 Monaten /orben e	s behinderter oder von erforderlich erte) verte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen irgung Morbus Parkinson Mukoviszidose	Funktionstraining i 12 Monate (Rid 24 Monate (Rid folgenden ges Krankheiten/Brachwerer Beei Beweglichkeit/ Fibromya	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronische ehinderungen bei nträchtigung der 'Mobilität
Bewegu Übunger Behindel Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Kral insbesor Asi Blin vor Ch Lui Die	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwe ngseinheiten in 18 ungseinheiten in 36 nkheiten mit daraundere der Mobilitäthma bronchiale ndheit, in den letzter Antragstellung erwironisch-obstruktivngenkrankheit (CC	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwas resultierenden s t oder Selbstverso en 12 Monaten //orben en PD) m,	s behinderter oder von erforderlich erte) verte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen urgung Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose	Funktionstraining i 12 Monate (Rid 24 Monate (Rid folgenden ges Krankheiten/Brachwerer Beei Beweglichkeit/ Fibromya	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronische ehinderungen bei nträchtigung der /Mobilität algie-Syndrom osen Bechterew
Bewegu Übunger Behindel Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Krar insbesor As: Blir vor Ch Lui De leic Dia	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwerngseinheiten in 18 ungseinheiten in 36 nkheiten mit daraundere der Mobilitäthma bronchiale ndheit, in den letzter Antragstellung erwironisch-obstruktivngenkrankheit (CC mentielles Syndrocht bis mittelgradig abetes mellitus mit	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwas resultierenden s t oder Selbstverso en 12 Monaten //orben en PD) m,	s behinderter oder von erforderlich erte) rerte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen irgung Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie	Funktionstraining i 12 Monate (Rid 24 Monate (Rid folgenden ges Krankheiten/B schwerer Beei Beweglichkeitz Fibromya Kollagend Morbus E Osteopor	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronische ehinderungen bei nträchtigung der /Mobilität algie-Syndrom osen Bechterew
Bewegu Übunger Behindel Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Kran insbeson As: Blir vor Ch Lu De leic Dia Fol	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwe ngseinheiten in 18 ungseinheiten in 36 nkheiten mit daraundere der Mobilitäthma bronchiale ndheit, in den letzter Antragstellung erwironisch-obstruktivngenkrankheit (CC mentielles Syndrocht bis mittelgradigabetes mellitus mit ligeerkrankungen	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 15 Monaten Selbstversc 16 Ta Monaten 17 Monaten 18 Monaten 19 M	s behinderter oder von erforderlich erte) verte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen orgung Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal	Funktionstraining i 12 Monate (Rid 24 Monate (Rid folgenden ges Krankheiten/B schwerer Beei Beweglichkeitz Fibromya Kollagend Morbus E Osteopor	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronische ehinderungen bei nträchtigung der 'Mobilität ulgie-Syndrom osen Bechterew rose osen, schwer
Bewegu Übunger Behinder Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Kral insbesor Ast Blir vor Ch Lui Dee leeice Fol Doo Ep	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwe ngseinheiten in 18 ungseinheiten in 36 nkheiten mit darau ndere der Mobilitä thma bronchiale ndheit, in den letzte Antragstellung erw rronisch-obstruktiv ngenkrankheit (CC mentielles Syndro cht bis mittelgradig abetes mellitus mit lgeerkrankungen	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 16 Monaten (Richtwe 17 Monaten 18 Monaten 19	s behinderter oder von erforderlich erte) verte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen orgung Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung	Funktionstraining i 12 Monate (Rid 24 Monate (Rid folgenden ges Krankheiten/Brachwerer Beei Beweglichkeit/ Fibromya Kollagend Morbus Brachwerer Osteopor Polyarthr Psoriasis	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronischer ehinderungen bei nträchtigung der 'Mobilität ulgie-Syndrom osen Bechterew rose osen, schwer
Bewegu Übunger Behindel Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Krar insbesor As: Blir vor Ch Lui De leic Dia Fol Do Ep	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwe ngseinheiten in 18 ungseinheiten in 36 nkheiten mit daraundere der Mobilität thma bronchiale ndheit, in den letzte Antragstellung erwironisch-obstruktivngenkrankheit (CC mentielles Syndrocht bis mittelgradigabetes mellitus mit lgeerkrankungen uppelamputation ilepsie, therapieres antile Zerebralpare	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 16 Monaten (Richtwe 17 Monaten 18 Monaten 19 Mo	s behinderter oder von erforderlich erte) rerte) rerte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen orgung Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung Polyneuropathie	Funktionstraining i 12 Monate (Rid 24 Monate (Rid folgenden ges Krankheiten/Brachwerer Beei Beweglichkeit/ Fibromya Kollagend Morbus Brachwerer Osteopor Polyarthr Psoriasis	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronischer ehinderungen bei nträchtigung der 'Mobilität algie-Syndrom osen Bechterew rose osen, schwer -Arthritis
Bewegu Übunger Behindel Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Krar insbesor As: Blir vor Ch Lui De leic Dia Fol Int mit	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwe ngseinheiten in 18 ungseinheiten in 36 nkheiten mit daraundere der Mobilitäthma bronchiale ndheit, in den letzter Antragstellung erwironisch-obstruktivngenkrankheit (CC mentielles Syndrocht bis mittelgradig abetes mellitus mitgeerkrankungen uppelamputation illepsie, therapieres	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 16 Monaten (Richtwe 17 Monaten 18 Monaten 19 Mo	s behinderter oder von erforderlich erte) rerte) rerte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen orgung Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung Polyneuropathie	Funktionstraining i 12 Monate (Rid 24 Monate (Rid folgenden ges Krankheiten/Brachwerer Beei Beweglichkeit/ Fibromya Kollagend Morbus Brachwerer Osteopor Polyarthr Psoriasis	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronischer ehinderungen bei nträchtigung der 'Mobilität algie-Syndrom osen Bechterew rose osen, schwer -Arthritis
Bewegu Übunger Behindel Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Kran insbeson As: Blir vor Ch Lu De leic Dia Fol Do Ep Infa	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwe ngseinheiten in 18 ungseinheiten in 18 ungseinheiten mit daraundere der Mobilität thma bronchiale ndheit, in den letzte Antragstellung erwironisch-obstruktivngenkrankheit (COmentielles Syndrocht bis mittelgradig abetes mellitus mit lgeerkrankungen uppelamputation illepsie, therapieres antile Zerebralpare elligenzminderung trelgradig orbus Bechterew	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 15 Monaten (Richtwe 16 Monaten (Richtwe 17 Monaten 18 Monaten 19 Mo	s behinderter oder von erforderlich erte) verte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen orgung Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung Polyneuropathie Querschnittlähmung, schwere Lähmung andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose) des Selbstbewusstseins	Funktionstraining i 12 Monate (Rid 24 Monate (Rid folgenden ges Krankheiten/Brachwerer Beei Beweglichkeit/ Fibromya Kollagend Morbus Brachwerer Osteopor Polyarthr Psoriasis	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronischer ehinderungen bei nträchtigung der 'Mobilität algie-Syndrom osen Bechterew rose osen, schwer -Arthritis
Bewegu Übunger Behinder Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Kran insbeson Asi Blin vor Ch Lui De leic Dia Fol Infa Int mid Mc 28 Übun behinder	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwerngseinheiten in 18 ungseinheiten in 18 ungseinheiten mit daraundere der Mobilität thma bronchiale ndheit, in den letzter Antragstellung erwironisch-obstruktivngenkrankheit (CC mentielles Syndrocht bis mittelgradig abetes mellitus mit ligeerkrankungen illepsie, therapieres antile Zerebralpare elligenzminderung trelgradig orbus Bechterew	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwe 15 resultierenden s 15 t oder Selbstversc 16 m 12 Monaten vorben 17 m, 18 m, 19	s behinderter oder von erforderlich erte) verte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen irgung Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung Polyneuropathie Querschnittlähmung, schwere Lähmung andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose) des Selbstbewusstseins Frauen und Mädchen erforderlich	Funktionstraining i 12 Monate (Rid 24 Monate (Rid folgenden ges Krankheiten/Brachwerer Beei Beweglichkeit/ Fibromya Kollagend Morbus E Osteopor Polyarthr Psoriasis Rheumat	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronischer ehinderungen bei nträchtigung der /Mobilität algie-Syndrom osen Bechterew rose osen, schwer -Arthritis oide Arthritis
Bewegu Übunger Behinder Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Krar insbeson Asi Bliir vor Ch Lui De leic Dia Fol Intr mit Mc 28 Übun behinder Längere Leis	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwe ngseinheiten in 18 ungseinheiten in 18 ungseinheiten mit daraundere der Mobilitäthma bronchiale ndheit, in den letzter Antragstellung erwironisch-obstruktivngenkrankheit (CC mentielles Syndrocht bis mittelgradig abetes mellitus mit ligeerkrankungen inppelamputation ilepsie, therapieres antile Zerebralpare elligenzminderung ttelgradig orbus Bechterew gseinheiten (Richtwiter oder von Behinstungsdauer, weni	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwe 15 resultierenden s 16 t oder Selbstversc 17 t Monaten vorben 18 t oder Selbstversc 19 t oder Selbstversc 19 t oder Selbstversc 10 t oder	s behinderter oder von erforderlich erte) verte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen orgung Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung Polyneuropathie Querschnittlähmung, schwere Lähmung andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose) des Selbstbewusstseins	Funktionstraining i 12 Monate (Rid 24 Monate (Rid folgenden ges Krankheiten/Brachwerer Beei Beweglichkeit/ Fibromya Kollagend Morbus E Osteopor Polyarthr Psoriasis Rheumat	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronischer ehinderungen bei nträchtigung der /Mobilität algie-Syndrom osen Bechterew rose osen, schwer -Arthritis oide Arthritis
Bewegu Übunger Behinder Rehabilitatio 50 Übur 120 Übu den Kran insbeson Asi Blii Vor Ch Lui De leic Dia Fol Do Ep Infa Int mit Mc 28 Übun behinder Längere Leis Übungsprogra	ngsspiele n zur Stärkung des rung bedrohter Frau nssport ist notwe ngseinheiten in 18 ungseinheiten in 18 ungseinheiten mit daraundere der Mobilitäthma bronchiale ndheit, in den letzter Antragstellung erwironisch-obstruktivngenkrankheit (CC mentielles Syndrocht bis mittelgradig abetes mellitus mit ligeerkrankungen inppelamputation ilepsie, therapieres antile Zerebralpare elligenzminderung ttelgradig orbus Bechterew gseinheiten (Richtwiter oder von Behinstungsdauer, weni	Selbstbewusstsein uen und Mädchen o ndig für Monaten (Richtwe 6 Monaten (Richtwe 15 resultierenden s 16 t oder Selbstversch 17 m 12 Monaten vorben 18 m 19	s behinderter oder von erforderlich erte) verte) insbesondere bei folgen- chweren Beeinträchtigungen irgung Morbus Parkinson Mukoviszidose Multipler Sklerose Muskeldystrophie Niereninsuffizienz, terminal Organische Hirnschädigung Polyneuropathie Querschnittlähmung, schwere Lähmung andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose) des Selbstbewusstseins frauen und Mädchen erforderlich der psychischen Beeinträchtigung oder noch nicht möglich ist.	Funktionstraining i 12 Monate (Rid 24 Monate (Rid folgenden ges Krankheiten/Brachwerer Beei Beweglichkeit/ Fibromya Kollagend Morbus E Osteopor Polyarthr Psoriasis Rheumat	st notwendig für chtwert) chtwert) nur bei icherten chronischer ehinderungen bei nträchtigung der /Mobilität algie-Syndrom osen Bechterew rose osen, schwer -Arthritis oide Arthritis

Rehabilitationssport ist notwend	dig für Herzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)
Erstverordnung 90 Übungs	seinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)
Folgeverordnung 45 Übung	gseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)
nur bei Belastungsgrer	nze < 1,4 Watt/kg Körpergewicht
wenn bei kognitiven od des Übungsprogramm	der psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung s in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist
Kinderherzgruppen 120 Üb	oungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)
Empfohlene Anzahl wöchentlich	her Übungseinheiten (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)
Rehabilitationssport	Funktionstraining als Trockengymnastik 1x 2x 3x
1x 2x 3x	Funktionstraining als Wassergymnastik 1x 2x 3x
Begründung bei insgesamt 3x	
Abweichung von oben genannte	
Übungseinheiten bei F	Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining Datum
Für die ärztliche Verordnung ist on Nr. 01621 EBM berechnungsfähi	
	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Antrag auf Kostenüberr	nahme
Rehabilitationssport/Funktionstrai Verein, Träger usw., Postleitzahl, (ining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden Ort
, , , ,	
Ich nehme am Rehabilitation Funktionstraining bereits teil	1 5. IVIIVII - I I - I I
r unktionstraining belefts tell	
	Unterschrift des Versicherten
Kostenübernahmeerklä Die Kosten werden entsprechend	rung der Krankenkasse I der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des
Rehabilitationssports	Funktionstrainings
50 Übungseinheiten /18 Mor	
120 Übungseinheiten /36 Me	onate 24 Monate
Herz- Herzinsuffizi	
gruppe gruppe	
90 Übungseinheiten / 24 Mo	Anzahl wöchentlicher
45 Übungseinheiten / 12 Mo	Übungsveranstaltungen
(Kinderherzgruppen)	1x 2x 3x Freigabe 09.09.202
28 Übungseinheiten zur Stär des Selbstbewusstseins	rkung - Auster
Übungseinheiten	niches M.
für den Zeit- raum vom	längstens TTMMJJ Datum Draussetzung, dass ein
Diese Erklärung erfolgt unter der Vo	praussetzung, dass ein erer Krankenkasse weiter besteht TTMMJJJ

	Evoluche	22 22 2022
Krankenkasse bzw. Kostenti	_{äger} Freigabe	: 23.03.2022
Name, Vorname des Versich	erten	
		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.

61 Teil A

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

Debebilitational continuous and weiters Discus	2000	
Rehabilitationsbegründende und weitere Diag		
Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
		* Mögliche Ursache der Erkrankung
		(nur anzugeben, wenn eine der folgend
		Ursachen zutrifft) 1 = Arbeitsunfall einschl
		Wegeunfall 2 = Berufskrankheit
Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen		3 = Schädigungsfolge durch Einwirken
		Dritter (z. B. Unfallfolgen)
		4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdien
		5 = Meldepflichtige Erkrankung
		(z. B. IfSG)
Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse		
Hillweis/Allirage all die Krankenkasse		
Beratung der/des Versicherten		
		on der Krankankaass und/ader
Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen de (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT a	er Krankenkasse ist angezeigt.	nenabilitation odel onkologische
Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil k bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder	rankheits-/behinderungs-	
Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbete rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung werden können.	n, weil z. B. die versiche-	
werden konnen.		Verbindliches Muste
f. weitere Anmerkungen		hindliches !
	Datum	Ae _{LDII} ,
	Datum	
	IIIMMJJJ	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arzt
.Im Original zurück an die Vertragsärztin / den	Vertragsarzt	
gender Rehabilitationsträger ist zuständig		
Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)		
Pentenyareigherung 46-d		
Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)		
Sonstiges		
		Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

	Euoiau	<u> </u>
Krankenkasse bzw. Koster	nträger Freig	a be 23.03.2022
Name, Vorname des Versi	cherten	
		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.

61 Teil A

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

Mögliche Ursache der Erkrankung (wann eine der folgen ursachen zutrifft)* **Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen **Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen** **Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse** **Berufskrankheit Dritter (i.e. B. Unfallfolgen) durch Einwirken Dritter (i.e. B. Unfallfolgen) durch Einwirken Dritter (i.e. B. Unfallfolgen) der Beldenflichtige Erkrankung (i.e. B. Unfallfolgen) (i.e. B. Unfallfolgen) der Bertaung der/des Versicherten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologische Rehabilitation für Altersentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) ist angezeigt. **Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten, weil z. B. die versicherungsbedingt eine Minderung der Erwerbstänigkeit besteht oder droht. Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten, weil z. B. die versicherungssehellichen Vorausselzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurrieilt werden Konnen. **Datum** **Dat		osen		
Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse Beratung der/des Versicherten Bitte NUR Teir 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 Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) ist angezeigt. Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teir A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen. Eine medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) ist angezeigt. Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teir A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen. Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt einer Minderung der Freverbsfähigkeit besteht oder drocht. Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können. Jatum Jat	. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel	Ursache	*
Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse Beratung der/des Versicherten Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermittelin. 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 Zuständiglekt für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologische Rehabilitation für Altersrentnen bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) ist angezeigt. Prüfung des zuständigen Rehabilitationisträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermittelin. Teil B-E ist NICHT auszufüllen. Eine medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) ist angezeigt. Prüfung des zuständigen Rehabilitationisträgers seheten, weil z. B. die versicherungsrebeinigt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten, weil z. B. die versicherungsrebeinigten Winderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten, weil z. B. die versicherungsrebeinigten Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können. Jung der Prüfung des Zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten, weil z. B. die versicherungsrebeinigten Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können. Jung der Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)				
Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen A				(nur anzugeben, wenn eine der folgend
Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (c. B. Unfallfolgen) 4 = Folgen von Kregs, Zivli- oder Wehrder 5 = Meldeglitchtige (g. B. Infallfolgen) 5 = Meldeglitchtige (g. B. Infallfolgen) 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 onkologische 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 Erwerbstähigkeit besteht oder dorht. Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Vorausselzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können. Datum Datum T M Wertragsarztstempel / Unterschrift des Arz Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt Igender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)				1 = Arbeitsunfall einschl Wegeunfall
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 onkologische Rehabilitation für Alfersentnen) zw. 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. In Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt Igender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)	_			3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter
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 onkologische Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (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 versicherungssechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können. Datum Datum Datum Lim Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt Igender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)			_	4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdien 5 = Meldepflichtige
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 onkologische 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. Datum Datum T T MM J J Wertragsarztstempel / Unterschrift des Arz Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt Igender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)				(z. B. IfSG)
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 onkologische 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. E. weitere Anmerkungen Datum Datum T T M J J Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arz Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt gender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)				
rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können. f. weitere Anmerkungen Datum T T MM J J Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arz Lim Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt gender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)		ist angezeigt.		
Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt Igender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)	Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT au Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil kra bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder o Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten	uszufüllen. ankheits-/behinderungs- droht. Es wird die I, weil z. B. die versiche-		
Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt Igender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)	Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT au Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil kra bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder er Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung	uszufüllen. ankheits-/behinderungs- droht. Es wird die I, weil z. B. die versiche-		cte)
. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt Igender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)	Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT au Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil kra bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder er Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung werden können.	uszufüllen. ankheits-/behinderungs- droht. Es wird die I, weil z. B. die versiche-		_{indliches} Mus ^{te}
lgender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)	Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT au Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil kra bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder er Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung werden können.	uszufüllen. ankheits-/behinderungs- droht. Es wird die I, weil z. B. die versiche- nicht eindeutig beurteilt	Verl	_{jindliches} Mus ^{te}
gender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)	Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT au Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil kra bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder er Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung werden können.	uszufüllen. ankheits-/behinderungs- droht. Es wird die I, weil z. B. die versiche- nicht eindeutig beurteilt		
Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)	Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT au Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil kra bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder er Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung werden können. f. weitere Anmerkungen	uszufüllen. ankheits-/behinderungs-droht. Es wird die n, weil z. B. die versiche- nicht eindeutig beurteilt Datum		
	Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT au Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil kra bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder er Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung werden können. f. weitere Anmerkungen Im Original zurück an die Vertragsärztin / den V	uszufüllen. ankheits-/behinderungs-droht. Es wird die n, weil z. B. die versiche- nicht eindeutig beurteilt Datum		
Sonstiges	Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT au Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil kra bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder or Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung werden können. f. weitere Anmerkungen Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vegender Rehabilitationsträger ist zuständig	uszufüllen. ankheits-/behinderungs-droht. Es wird die n, weil z. B. die versiche- nicht eindeutig beurteilt Datum		
	Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT au Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil kra bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder er Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung werden können. f. weitere Anmerkungen Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vergender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)	uszufüllen. ankheits-/behinderungs-droht. Es wird die n, weil z. B. die versiche- nicht eindeutig beurteilt Datum		
	Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT au Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil kra bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder er Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung werden können. If. weitere Anmerkungen Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Velgender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)	uszufüllen. ankheits-/behinderungs-droht. Es wird die n, weil z. B. die versiche- nicht eindeutig beurteilt Datum		

Muster 61 Teil Ab (7.2022)

Rehabilitation Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend Es handet sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdu der Erverbstähligkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / e get geleitvangiger Zustländigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / e get geleitvangiger Zustländigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / e get geleitvangiger Zustländigkeit erhebblitation für Afterwenterber) zu Lasten der GKV I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen Diagnoseschlüssel (CD-10-GM Ursache * Mögliche Ursache * (CD-10-GM Ur	se bzw. Kostenträg	ger							yon n	IOGIEI		Her		O	1 T
Die Kuratev Versorgung ist nicht ausreichend Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdu der Erverbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfals / e Berufskrankheit Bei gleichrangiger Zuständigkeit (r. 8. Kinder-Rehabilitation, ontelogische Rehabilitation für Altersentner) Versicherfer Wünscht eine medizinische Rehabilitation Versicher Versicherfer wünscht eine medizinische Rehabilitation Versicherfer wünscht eine medizinische Rehabilitation Versicher Versicherfer wünscht eine medizinische Rehabilitation Versicher Versicherfer wünscht eine medizinische Rehabilitation Versicherfer Wünscht eine	ame des Versicher	ten													
Archit. Archit. Court				g	eb. am	Die I									
Bei gleichrangiger Zuständigkeit C. B. Kinder-Rehabilitation notogesche Rehabilitation für Alterarenten) Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen I. Diagnoseschlüssel I. CD-10-GM Ursache der Erkrankung Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation T. Belabilitationspelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respelevalte/respe	whomas	/ausiah autau	Nie	Chat			der Erv	verbsf	ähigkeit no	m eine M ch um die	linderui e Folge	ng / er n eine:	heblic s Arbe	he Ge eitsunfa	fährd alls /
Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen Diagnoseschlüssel ICD-10-GM Ursache "Mögliche Ursach der Erkrankung fur unausgeben, wenn eine der föge wenn eine der föge wenn eine der föge sechlüssel II. Angaben zur Rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen 4. Versicherte/reine der für wegesträftliche/speriatrietypische Diagnosen 4. Versicherte/reine der Funktionstellevante/geriatrietypische Diagnosen 4. Versicherte/reine der Funktionsrelevante/geriatrietypische Diagnosen 4. Versicherte/reine der Funktionsrelevante/geriatrietypische Diagnosen 5. Unfalfolgen 6. Versicherte/reine der Versicherte/reine der Versiche Versicherte/reine der Versicherte/reine der Versicherte/reine der Versicherte/reine der Versicherte/reine der Versicherte/reine der Versicherte/reine Versicherte/reine der Versichterereine der Versi	rkennung v	versicherten	-INF.	Siai 	us						abilitatio	n für Al-	tororon	tnoul	
I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen Diagnoseschlüssel ICD-10-GM Ursache * Mögliche Ursach der Erkrankung 2. * Mögliche Ursach der Erkrankung 3. * Mögliche Ursach der Erkrankung 4. * Mögliche Ursach der Erkrankung 5. B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen 4. * Mögliche Ursach der Erkrankung 2. B. Ursache * * Mögliche Ursach der Erkrankung für arnargeben, wenn sins der Mogenställ 2. Be Kabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen 4. S. Ursalloge 2. B. Ursalloge 3. S. Schmerz 4. B. Rehabilitationsinden var Erkenkullung 4. B. Rehabilitationssel var Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung 4. B. Rehabilitationsrelevante Schädigungsbereiche Mobilität Nomitationssel var Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung 4. B. Rehabilitationsrelevante Schädigungsbereiche Mobilität Nomitationssel var Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung 4. B. Rehabilitationsrelevante Schädigungsbereiche Mobilität Nomitationssel var Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung B. Rehabilitationsrelevante Schädigungsbereiche Mobilität Nomitationsrelevante Schädigungsbereiche Mobilitationsrelevante Schädigungsbereiche Mobilitationsrelevante Schädigungsbereiche Mobilitationsrelevante Schädigungsbereiche Mobilitationsrelevante Schädigungsbereiche Mobilitationsrelevante Schädigungsbereic	ten-Nr. A	Arzt-Nr.		Datum		(2. 6. 1	Versich	erte/r	wünscht ei						
A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen 1.							zu Las	ten de	r GKV						
A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen 1.	I Dobob	ilitatia	wala a awi	indon	مام ديوما	woiter	o Dioc	12.000							
A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen 1.	i. Kenab	milatic	nsbegru	ınaen	ae una	weitere	e Diag	nose		- alalika a al					
2.	A. Rehabili	itations	begründe	nde Fu	nktionsd	liagnoser	n		ICI	D-10-GM		che *			
2. 3. 4. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen 4. 2 Erkankung (z. B. Unterschliedlicher Schädigungsbereiche Dritter (z. B. Unterschliedlicher (z. B	1.												* Möa	ıliche L	Jrsac
3. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen 4. B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen 4. S. Berufstrankheit 5. S. Meidegrichtig 6. Schmerz 6. Meidegrichtig 6. S. Meidegrichtig 6. Schmerz 6. Meidegrichtig 6. S. Meidegrichtig 6. S. Meidegrichtig 6. Schmerz 6. Meidegrichtig 6. S. Meidegrichtig 6. Schmerz 6. Meidegrichtig 6. Selpen valktig 6. Selpen											_		der i	Erkran. anzugel	kung _{ben}
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen 4.	2.							_			_				
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen 4.	3														
4. 4. 5. 6. 11. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung 6. 12. E. Unfallfolgen 7. Meldegflichtige gr. B. IrSo) 8. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung 8. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse) 8. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse) 8. Rehabilitationsrelevante Schädigungsbereiche 8. Mobilität 8. Kognition 8. Schmerz 9. Herz-/Lungenfunktio 1. Tug sek + Chair sek MMST 30 Schmerz 1. Tug Schmerz 1. Tug Schmerz 1. Tug Schmerz 1. Tug Schmerz 1. DEMMI 1. 100 Tinetti 28 Uhren 1. Tug Skäla 1. DEMMI 1. 100 Tinetti 28 Uhren 1. Tug Skäla 1. Demmannen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilteangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Mona Heilmittelverordnung (i	R Waiters	robobil	itationara	lovanta	/aerictri	otypicak	o Dioar	0000					3 = Sc	hädigur	ngsfol
5. 1. 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 sek MMST / 30 Schmerz / 10 Ergometrie / 10 FEV1 % + VK DEMMI / 100 Tinetti / 28 GDS 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15 / 15		TETIADII	itationsie	ievaiile	, yenatri	etypiacile	e Diayi	ioseii					Dr	itter	
5.	4.							_			_	_	4 = Fo	lgen vo	n Krie
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 sek MMST / 30 Schmerz Herz-/Lungenfunktion FEV1 kg oder kpa GDS 15 / 15 DEMMI / 100 Tinetti / 28 Uhren- bilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Mona Muskt	5.										_	_	5 = Me	eldepflic	chtige
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								_							
C. Bei geriatrischer Rehabilitation mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche Mobilität Kognition Schmerz Herz-/Lungenfunktion TUG	II. Angab												ndlu	ng	
Mobilität Kognition Schmerz Herz-/Lungenfunktion TUG sek + Chair sek MMST / 30 Schmerz / 10 Ergometrie N Hand- kg oder kpa GDS 15 / 15 FEV1 % + VK DEMMI / 100 Tinetti / 28 Uhren- test / 7 NYHA- Stadium D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Reha bilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Mona Werbindliches Muster Werbindliches Werb	II. Angab												ndlu	ng	
Mobilität Kognition Schmerz Herz-/Lungenfunktion TUG Sek + Chair Rise Sek MMST J 30 Schmerz J 10 Ergometrie FEV1 W+ VK DEMMI J 100 Tinetti J 28 Uhrentest J 77 Disherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monabilitationssport/Funktionstraining) des Behandlungszieles nicht ausreichend	II. Angab A. Kurze A	ngaber	ı zur Anar	nnese (insbesonde	ere Beginn	und Verla	auf) Und	d zu Krank	enhaus-	und F	achar	ndlu	ng andlu	ng
Hand-kraft kg oder kpa GDS 15 / 15 FEV1 % + VK DEMMI / 100 Tinetti / 28 Uhren-test / 7 Stadium D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Mona Nustaning) Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend	II. Angab A. Kurze A B. Rehabili C. Bei geria	ngaber	zur Anar relevante	nnese (insbesonde	und Befu	und Verla	euf) Und	d zu Krank	enhaus-	und F	achar	ndlu	ng andlu	ng
DEMMI / 100 Tinetti / 28 Uhren- test / 7 NYHA- Stadium DEMMI / 100 Tinetti / 28 Uhren- test / 7 NYHA- Stadium DEMMI / 100 Tinetti / 28 Uhren- test / 7 NYHA- Stadium DEMMI / 100 Tinetti / 28 Uhren- test / 7 NYHA- Stadium NYHA- Stadium NYHA- Stadium NYHA- Stadium Werbindliches Muste Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend	II. Angab A. Kurze A B. Rehabili C. Bei geria	ngaber	relevante er Rehabii	nnese (insbesonde	und Befu	und Verla	euf) Und	d zu Krank	gsergebnis	und F	acharz	ndluiztbeh	ng andlui	ng
D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Mona Verbindliches Muste	II. Angab A. Kurze A B. Rehabili C. Bei geriamind. zwei	ngaber	relevante er Rehabil sstests folge Mobilität	Schädi	insbesonde igungen erschiedlic	und Befu	und Verla	levante	Untersuchun Sch	gsergebnis	und F	uelle As	ndlui ztbeh	ng andlui	ng
Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend	II. Angab A. Kurze A B. Rehabili C. Bei geria mind. zwei TUG Hand-	ngaber	relevante er Rehabil nstests folge Mobilität sek + Ch	Schädi	insbesonde igungen erschiedlic	und Befu	und Verla	evante	Untersuchun Sch	gsergebnis	und F	uelle As Her	ndluiztbeh	ng andlui	ng
Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend	II. Angab A. Kurze A B. Rehabili C. Bei geria mind. zwei TUG Hand- kraft	ngaber	relevante er Rehabil sstests folge Mobilität sek + Cr Ris	Schädi litation nder unt	insbesonde igungen erschiedlic sek	und Befu her Schädig Ko MMST GDS 15 Uhren-	und Verla	evante	Untersuchun Sch	gsergebnis	und F	Herrorgome	ndluiztbeh	ng andlui	ng
Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend	II. Angab A. Kurze A B. Rehabili C. Bei geriamind. zween TUG Hand-kraft DEMMI D. Bisherig	atrische i Funktion	relevante er Rehabil nstests folge Mobilität sek + Ch kg oder / 100 Tin-	Schädi litation nair se etti	insbesonde igungen ierschiedlic sek kpa / 28	und Befu her Schädig Ko MMST GDS 15 Uhren- test	und Verla	reiche / 30 / 15 / 7	Untersuchun Sch Schmerz- skala	gsergebnis	/ 10 E	Herromere EV1 YHA-tadium	ndluiztbeh	ng andlui entergel	ng bnisse
Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend	II. Angab A. Kurze A B. Rehabili C. Bei geriamind. zween TUG Hand-kraft DEMMI D. Bisherig	atrische i Funktion	relevante er Rehabil nstests folge Mobilität sek + Ch kg oder / 100 Tin-	Schädi litation nair se etti	insbesonde igungen ierschiedlic sek kpa / 28	und Befu her Schädig Ko MMST GDS 15 Uhren- test	und Verla	reiche / 30 / 15 / 7	Untersuchun Sch Schmerz- skala	gsergebnis	/ 10 E	Herromere EV1 YHA-tadium	ndluiztbeh	ng andlui entergel	ng bnisse
	II. Angab A. Kurze A B. Rehabili C. Bei geriamind. zween TUG Hand-kraft DEMMI D. Bisherig	atrische i Funktion	relevante er Rehabil nstests folge Mobilität sek + Ch kg oder / 100 Tin-	Schädi litation nair se etti	insbesonde igungen ierschiedlic sek kpa / 28	und Befu her Schädig Ko MMST GDS 15 Uhren- test	und Verla	reiche / 30 / 15 / 7	Untersuchun Sch Schmerz- skala	gsergebnis	/ 10 E	Herromere EV1 YHA-tadium	ndluiztbeh	ng andlui entergel	ng bnisse
E. nenabilitationsrelevante miismittei	II. Angab A. Kurze A B. Rehabili C. Bei geriamind. zwei TUG Hand- kraft DEMMI D. Bisherig bilitationss	atrische i Funktion	relevante er Rehabil nstests folge Mobilität sek + Ch Ris kg oder / 100 Tin che/psych ktionstrainin	Schädi litation ender unt nair se etti nothera	igungen erschiedlic sek kpa / 28 peutisch	und Befu wher Schädig Ko MMST GDS 15 Uhren- test	und Verla	reiche // 30 // 15 // 7 n sowi; einsc	Untersuchun Sch Schmerz- skala	gsergebnis	/ 10 E	Herromere EV1 YHA-tadium	ndluiztbeh	ng andlui entergel	ng bnisse
	B. Rehabili C. Bei geriamind. zwei TUG Hand-kraft DEMMI D. Bisherig bilitationss	atrische i Funktion	relevante er Rehabil sstests folge Mobilität sek + Cr kg oder / 100 Tin- che/psych ktionstrainin	Schädi litation mair se etti nothera ng, Beratu	igungen erschiedlic sek kpa / 28 peutisch ungs- und s	und Befu wher Schädig Ko MMST GDS 15 Uhren- test	und Verla	reiche // 30 // 15 // 7 n sowi; einsc	Untersuchun Sch Schmerz- skala	gsergebnis	/ 10 E	Herromere EV1 YHA-tadium	ndluiztbeh	ng andlui entergel	ng bnisse

name d										litati	von me	JOILII	IISCI	ICI	61	Teil I
	les Versiche	erten				geb. am		Die k	urativ	e Verso	orgung ist ni	cht aus	reicher	nd		
						g			Es har	ndelt sid	ch weder um	eine Mi	nderung	g / erheb	liche Gefä	hrdung
									der Er	werbsfä krankh	ihigkeit noch	um die	Folgen	eines Ar	beitsunfal	ls / einer
enni	ung	Versich	erten-Nr.		1	Status					Zuständigkei					
n-Ni	r.	Arzt-Nr.			Datum	1					ition, onkologis wünscht eine					
								:	zu Las	ten der	GKV					
	D. L.	. 1114		- 1		and a second		. 11	D'-		-					
l.	Renai	ollita	ition	spegr	unae	ende u	ina w	eitere	Dia	gnose		blüggel				
A .	Rehabi	litatio	onsbe	gründe	ende F	unktio	nsdiag	nosen			Diagnosesc ICD-	niussei 10-GM	Ursac	he *		
1.														* M	ögliche Ur	sache
										_				de	er Erkrankı ur anzugebe	ung
٠.										_				w	enn eine dei rsachen zuti	[,] folgenden
															Arbeitsunfa	•
															Wegeunfall Berufskranl	
. 1	Weitere	reha	abilita	tionsre	elevan	te/geri	atriety	pische	Diag	nosen					Schädigung durch Einwi Dritter	
										_					(z. B. Unfall Folgen von	
															Zivil- oder V Meldepflich	Vehrdienst
٠.										_				-	Erkrankung (z. B. IfSG)	
														_		
											Verlauf de					9
)
																9
A. -	Kurze /	Angal	ben z	ur Ana	mnes	e (insbes	ondere .	Beginn u	ind Verl	auf) Und		nhaus- ı	und Fa	charztbe	ehandlung	
A.	Kurze /	Angal	ben z	ur Ana	mnes	e (insbes	ondere .	Beginn u	ind Verl	auf) Und	I zu Krankei	nhaus- ı	und Fa	charztbe	ehandlung	
A. 	Kurze /	Angal	onsre	ur Ana	mneso	e (insbes	gen un	Beginn u	nd Verl	elevante	I zu Krankei	nhaus- ı	und Fa	charztbe	ehandlung	isse)
3. 	Kurze /	Angal	onsre	ur Ana	Schä	e (insbes	gen un	d Befui	nd Verl	elevante	Untersuchungs	nhaus- (und Fa	charztbe	ehandlung	isse)
A. 	Kurze /	Angal	onsre	ur Ana	Schä	e (insbes	gen un	d Befui	nde (re	elevante	I zu Krankei	ergebniss	e / aktue	charztbe	ehandlung	isse)
3. 	Rehabi Bei ger	Angal	onsrel	ur Ana	ilitatic ender u	idigung	gen un	d Beful Schädig	nde (re	elevante	Untersuchungs Schn	ergebniss	e / aktue	elle Assess Herz-/L	ehandlung	nktion Watt
3. 	Rehabi Bei ger mind. zw TUG Hand-	Angal	onsrel scher ktionst M	Rehab ests folg obilität	illitaticender ushair ise	idigung	gen underedicher	d Befui Schädig Kog	nde (re	elevante	Untersuchungs Schn	ergebniss	e / aktue	elle Assess Herz-/L	mentergebra	nktion
3. 	Rehabi Bei ger mind. zw TUG Hand- kraft DEMMI	litatio	cher ktionst M kg	Rehabests folgobilitätek + Roder 100 Tirele/psyc	illitatice ender use hair ise	e (insbes	gen undere dedlicher Gek Marcha G	Schädig Kog MST DS 15 nren- st	nde (re	ereiche / 30 / 15 / 7 n sowi	Untersuchungs Schn	ergebniss	e / aktue	Herz-/L gometrie V1	mentergebra Lungenfur	nktion Watt
A.	Rehabi Bei ger mind. zw TUG Hand- kraft DEMMI	litatio	cher ktionst M kg	Rehabests folgobilitätek + Roder 100 Tirele/psyc	illitatice ender use hair ise	e (insbes	gen undere dedlicher Gek Marcha G	Schädig Kog MST DS 15 nren- st	nde (re	ereiche / 30 / 15 / 7 n sowi	Untersuchungs Schm Schmerz- skala	ergebniss	e / aktue	Herz-/L gometrie V1	mentergebra Lungenfur	nktion Watt
3. 	Rehabi Bei ger mind. zw TUG Hand- kraft DEMMI	litatio	cher ktionst M kg	Rehabests folgobilitätek + Roder 100 Tirele/psyc	illitatice ender use hair ise	e (insbes	gen undere dedlicher Gek Marcha G	Schädig Kog MST DS 15 nren- st	nde (re	ereiche / 30 / 15 / 7 n sowi	Untersuchungs Schm Schmerz- skala	ergebniss	e / aktue	Herz-/L gometrie V1	mentergebra Lungenfur	nktion Watt
A.	Rehabi Bei ger mind. zw TUG Hand- kraft DEMMI	litatio	cher ktionst M kg	Rehabests folgobilitätek + Roder 100 Tirele/psyc	illitatice ender use hair ise	e (insbes	gen undere dedlicher Gek Marcha G	Schädig Kog MST DS 15 nren- st	nde (re	ereiche / 30 / 15 / 7 n sowi	Untersuchungs Schm Schmerz- skala	ergebniss	e / aktue	Herz-/L gometrie V1	mentergebra Lungenfur	nktion Watt
A.	Rehabi Bei ger mind. zw TUG Hand- kraft DEMMI Bisheri bilitations	litatio	cher ktionst M kg // ztlich	Rehabests folgobilitätek + Roder 100 Tire/psyconstraini	illitation ender under u	e (insbes	edlicher sek M kpa G 28 Ul te	Schädig Kog MST DS 15 nren-st	nde (re	ereiche / 30 / 15 / 7 n sowi	Schn Schmerz-skala e andere Mahließlich He	ergebniss	e / aktue	Herz-/L gometrie V1	mentergebra ungenfur	nktion Watt
A.	Rehabi Bei ger mind. zw TUG Hand- kraft DEMMI Bisheri bilitations	litatio	cher ktionst Kg Ztlich Funktion	Rehabests folgobilitätek + Repsyconstraini	illitation ender units hair ise hair hotherng, Ber	e (insbes	edlicher sek M kpa G 28 Ul te	Schädig Kog MST DS 15 nren-st	nde (re	ereiche / 30 / 15 / 7 n sowi	Schn Schmerz-skala e andere Mahließlich He	ergebniss	e / aktue	Herz-/L gometrie V1	mentergebra Lungenfur	nktion Watt

Na	ame, Vorname des Versicherten	Freigabe 23,	Stantiage Rennung	Versicherten-	-Nr.		61 Teil C
_	Nicht www.vowihoundo.Book	etu" eletimore de o	Alainiasa - Taill	- h -			
r.	Nicht nur vorübergehende Beeir	ntrachtigungen der	keine E trächtigt	Beein- E	Einschrän- kungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
	Lernen und Wissensanwendung Entscheidungen treffen)	(z. B. Probleme lösen,					
	Allgemeine Aufgaben und Anford						
	Routine durchführen, mit Belastungen, K. Kommunikation (z. B. Konversation b.						
	Kommunikationsgeräte benutzen können		sin ciberi,				
	Mobilität						
	Transfer Bett / Stuhl bzw. Rolls	tuhl					
	Stehen / Gehen						
	Treppensteigen						
	Sonstige						
	Selbstversorgung						
	Essen / Trinken						
	An- / Auskleiden						
	Waschen						
	Baden / Duschen						
	Toilettenbenutzung						
	Sonstige						
	Interpersonelle Aktivitäten (z. B. F und aufrechterhalten, soziale Beziehunge Bedeutende Lebensbereiche (z. E Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Ei	amilienbeziehungen aufb en aufnehmen) 3. Arbeit und Beschäftigu	ng,				
	können) Gemeinschaftsleben und soziale leben beteiligen, Erholung und Freizeit)	es Leben (z. B. am Gen	neinschafts-				
G.	1. Rehabilitationsrelevante umv (z. B. allein / mit Familie lebend, in Al Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Schwierigkeiten bei der Bewältigung	velt- und personbez ten-/Pflegeeinrichtung le Verständigungsschwierig	ebend, Konflikte, Pfle	ge oder Tod	ngelndes Selbs	management, s	
						_{Þin} dliches	Muster
						hindliche:	• • •
					/le/	D	
	2. Risikofaktoren oder Gefährd	ung durch					
	Feninaliung	ВМІ	Fehl-/ Mangel	ernährung	Me	dikamente	Nikotin
	Sonstiges z.B. Suchtmittel						
Ш	. Angaben zur Rehabilitatio	nsfähigkeit					
De	er/die Patient/in verfügt über aus	reichende physisch	e und psychisch	ne Belastk	parkeit	ja	nein
	Ausfertigung für die Krankenka	sse					

Na	me, Vorname des Versicherten	Freigabe 2 <mark>3,03,2022</mark> ,	ng Versicher	ten-Nr.		61 Teil C
						or len c
E	Nicht nur vorübergehende Beeinträd	chtigungen der Aktivitäten	/Teilhabe			
			eine Beein- chtigungen	Einschrän- kungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
	Lernen und Wissensanwendung (z. B. Entscheidungen treffen)		Sittigurigeri	Kangen		
	Allgemeine Aufgaben und Anforderu Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen					
	Kommunikation (z. B. Konversation betrei Kommunikationsgeräte benutzen können)	- ,				
	Mobilität					
	Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl					
	Stehen / Gehen					
	Treppensteigen					
	Sonstige					
	Selbstversorgung					
	Essen / Trinken					
	An- / Auskleiden					
	Waschen					
	Baden / Duschen					
	Toilettenbenutzung					
	Sonstige					
	Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlz Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitglie					
	Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familie	<u> </u>				
	und aufrechterhalten, soziale Beziehungen auf Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arb Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigens	eit und Beschäftigung,				
	können) Gemeinschaftsleben und soziales Le	eben (z. B. am Gemeinschafts-				
	leben beteiligen, Erholung und Freizeit)					
G.	Lebensumstände/Kontextfaktoren					
	1. Rehabilitationsrelevante umwelt- (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/ Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Versi Schwierigkeiten bei der Bewältigung von A	Pflegeeinrichtung lebend, Konflikt tändigungsschwierigkeiten, Mehrl	e, Pflege oder 1			oziale Isolation,
	Schwierigkeiten bei der bewaltigung von i	Aintagsproblemen)				eteľ
					rbindliches	Music
				16	rbindlio.	
	2. Risikofaktoren oder Gefährdung	durch				
	Bewegungsmangel BMI Fehlhaltung		hl-/ angelernähru	ng Me	dikamente	Nikotin
	Sonstiges z.B. Suchtmittel			<u> </u>		
Ш	. Angaben zur Rehabilitationsfä	ähigkeit				
De	er/die Patient/in verfügt über ausreich	nende physische und psyc	hische Belas	stbarkeit	ja	nein
	Ausfertigung für den Vertragsarzt				Mu	ster 61 Teil Cb (7.2022)

N. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen	Na	me, Vorname des Versicherten		Freigabe 23	93.2022 _{ung}	Versicherten-Nr.	61 Teil D		
A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genanten 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 inigeschränkt, hinsichtlich jz. B. Erreichakweit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) VI. Zuweisungsempfehlungen A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant ambulant ambulant-mobil stationär Mütter-Leistung Väter-Leistung Jals Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung b. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen jz.B. orthopädisch, kardiologisch, genätrisch, Kinder-Jugend) geriatr. Rehabilitation C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (is. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierafraiheit auch für körpen, sah-, hie- oder zuberbehänderie Namschen, kinderien Anforderungen, Allergiefektoren, besondere Nostformen, fremdignschliche Beitreutung, besondere Thereigheformungen (in a. Anforderungen, Allergiefektoren, besondere Nostformen, fremdignschliche Beitreutung, besondere Thereigheformungen (in a. Anforderungen, Allergiefektoren, besondere Nostformen, fremdignschliche Beitreutung, besondere Mangehörige/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 Reiserfähigkeit Offensliche Offensliche Offensliche Offensliche Der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (order der Spflegehedurftigen Während der stationären Rehabilitation der/des pflegehedurftigen in Gerselben Einrichtung gewünscht (order medizinische Gründe A	IV	Pehabilitationszi	ele.						
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. forderungsfähigen Ressourcen besteht eine positive Prognose für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. 8. Erreichberkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationalege) VI. Zuweisungsempfehlungen A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant ambulant-mobil stationär Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung geriatr. Rehabilitation B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z. 8. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend) Geriatr. Rehabilitation C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. 8. Barrienfreiheit auch für körper, sach, här oder sprachbehinderte Minschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, frendsprachliche Befreuung, besondere Therepitenderen Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, frendsprachliche Befreuung, besondere Preppflegender Angehönger andere VII. Sonstige Angaben Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund neuer Indikation verschligten der Verschlimmerung bei gleicher Indikation Die zeitweise Entiastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert Reisefähigkeit Offertliche Verfehrentitel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich Versongung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einfehtung gewünscht (perfem medizinäche Gründe diegem seynehen, sind diese unter Sonstiges anzugeben) Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht				uf die oben genannt	ten Schädigunge	en und Beeinträchtig	ungen		
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, hisichtlich G. B. Ernichskapst VI. Zuweisungsempfehlungen A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant 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) C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit such für körper-, seh-, hör oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Threispieformen) pfolgende/f Angehörige/f 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 PKW erforderlich Begleitperson erforderlich Versorgung der/des Pflegebedürftigen in deresiben Einrichtung gewünscht (kodern medizinische Gründe dageen sprechen, and diese unter Sonstiges anzugeben) Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in deresiben Einrichtung gewünscht (kodern medizinische Gründe dageen sprechen, and diese unter Sonstiges anzugeben) Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in deresiben Einrichtung gewünscht (kodern medizinische Gründe dageen sprechen, and diese unter Sonstiges anzugeben) Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in deresiben Einrichtung einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pilegekasse gewünscht									
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, hisichtlich G. B. Ernichskapst VI. Zuweisungsempfehlungen A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant 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) C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit such für körper-, seh-, hör oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Threispieformen) pfolgende/f Angehörige/f 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 PKW erforderlich Begleitperson erforderlich Versorgung der/des Pflegebedürftigen in deresiben Einrichtung gewünscht (kodern medizinische Gründe dageen sprechen, and diese unter Sonstiges anzugeben) Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in deresiben Einrichtung gewünscht (kodern medizinische Gründe dageen sprechen, and diese unter Sonstiges anzugeben) Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in deresiben Einrichtung gewünscht (kodern medizinische Gründe dageen sprechen, and diese unter Sonstiges anzugeben) Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in deresiben Einrichtung einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pilegekasse gewünscht									
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 iz. B. Erneichkeitet in der vorgeschenen Zeit, aktueller Mechretonslege) VI. Zuweisungsempfehlungen A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant ambulant ambulant ambulant-mobil stationär Mütter-Leistung Väter-Leistung sie sunder-Leistung b. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geristrisch, Kinder-Jugend) geriatr. Rehabilitation C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (z. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbeihnderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kestformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Phesephermen) pflegender Angebrötige/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 (dord händen der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht der Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht Sonstiges (z. B. besondere Himweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter	В.	Rehabilitationsziele	aus Sicht d	ler Patientin / des P	atienten, sofern	ABWEICHEND von o	den zuvor genannten		
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 iz. B. Erneichkeitet in der vorgeschenen Zeit, aktueller Mechretonslege) VI. Zuweisungsempfehlungen A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant ambulant ambulant ambulant-mobil stationär Mütter-Leistung Väter-Leistung sie sunder-Leistung b. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geristrisch, Kinder-Jugend) geriatr. Rehabilitation C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (z. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbeihnderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kestformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Phesephermen) pflegender Angebrötige/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 (dord händen der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht der Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht Sonstiges (z. B. besondere Himweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter									
eine positive Prognose für die unter W. A. und W. B. benannten Rehabilitationsziele ja	V.	Rehabilitationsp	rognose						
eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) VI. Zuweisungsempfehlungen A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant ambulant ambulant ambulant ambulant ambulant ambulant ambulant ambulant-leistung B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z. B. orthopddisch, kardiologisch, gerlatrisch, Kinder-Jugend) geriatr. Rehabilitation C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch (üt körper., seh., hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapietormen) plagende/r Angehörige/r 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 in derselben Einrichtung gewünscht (sofer medizinische Gründe dagegen sprechen, sind dese unter Sonstiges ausgeben) Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung durch Krankenkasse/Pilegekasse gewünscht Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter							fähigen Ressourcen besteht		
VI. Zuweisungsempfehlungen A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant 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, kilmatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapielormen) 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 während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (volkrar medizinische Gründe digugen sprechen, sind diese unter Senstiges anzugeben) Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht / Rückruf erbeten unter		eingesc							
A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant ambulant stationär Mütter-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 sprachbehinder Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapierormen) 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 Hinwelse zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter		Ja in der voi	rgesehenen Ze	eit, aktueller Motivationsla	age)				
A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant ambulant stationär Mütter-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 sprachbehinder Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapierormen) 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 Hinwelse zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter									
ambulant ambulant-mobil attoinar 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 Threspieformen) 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									
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 der/des pflegehedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben) Koordination der Versorgung der/des Pflegehedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter	A.		itationsform						
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 Angehörige/r Angehörige/r 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		ambulant		ambulant-mobil	stationa	ar			
G. 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 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	R		unkte/Indik				als Vater-Kind-Leistung		
C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, sehr, 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	٥.	illiantiche ochwerpt	unikte/maik	ationen (2.5. orthopaul	scri, kardiologiscri, g	enatrisch, Kilider-Jugend)	geriatr Rehabilitation		
sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen) pflegende/r Angehörige/r Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund neuer 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	C	Weitere Remerkungs	en/Begründ	lungen (v. a. Anfordoru	ngon an dia Einricht:	ung z. P. Parriorofraibait a			
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	Ο.	sprachbehinderte Mensch							
Vil. 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		pflegende/r		andere					
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	VI		en						
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				lauf der gesetzliche	n Wartefrist von	4 Jahren medizinisc	h notwendig aufgrund		
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		neuer Indikation	Ver	schlimmerung bei gle	eicher Indikation				
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		Die zeitweise Entla	astung und	Distanzierung vom	sozialen Umfeld	l ist nötig			
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	Ī	Im Falle einer amb	ulanten Re	habilitation ist die b	iäusliche Versord	gung gesichert			
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					iddollollo Voloois	guing goolonore			
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	Re	•							
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		Verkehrsmittel	PK	W erforderlich	Begleitpe	erson erforderlich			
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	Ve	_	_	_		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	genden Angehörigen		
durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter		Mitaufnahme der/de (sofern medizinische Gr	es Pflegebed ünde dagegen	lürftigen in derselben sprechen, sind diese unt	Einrichtung gewi er Sonstiges anzugel	ünscht ben)			
		Koordination der Verdurch Krankenkasse	rsorgung de e/Pflegekass	r/des Pflegebedürftig se gewünscht	gen in einer ander	en Einrichtung			
	So								
Verbindliches Muster			C.OO Eur I	g.com	, Tidolii di	The same of the sa			
verbindliches Muster									
verbindliches	_						hes Muster		
						N.	erbindliches		

IV. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen	Na	me, Vorname des Versicherten Freigabe 23.03.2022 Versicherten-Nr. 61 Teil D
A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen B. Rehabilitationsprognose Unter Berücksichtigung des bisheirigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine positive Prognose für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele ja		
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 eingeschnähkt, hinsichtlich (z. g. Enrichetxale) VI. Zuweisungsempfehlungen A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant ambulant ambulant-mobil stationär Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z. g. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend) geriatr. Rehabilitation C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barriereriehiet auch für körper, seh., hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimalische Anforderungen, Allergisfaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Threipseldermen) pflegender Angehöriger 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 PKW erforderlich Begleitperson erforderlich Versorgung der/des Pflegebedürtigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen Mitaufnahme der/des Pflegebedürtigen in derselben Einrichtung gewünschtt jedern medizinische Günde diagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben) Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürtigen in einer anderen Einrichtung	IV.	. Rehabilitationsziele
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	A.	Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen
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		
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	R	Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten sofern ARWEICHEND von den zuvor genannten
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	٥.	Tienasinaatorisztele aus olont der Faderlan / des Faderlen, solen Abwelonens von den Zavor genannten
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	V.	Rehabilitationsprognose
VI. Zuweisungsempfehlungen A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant ambulant ambulant-mobil bi Stationär als Mutter-Leistung bi Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend) cumple 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 in derselben Einrichtung gewünscht (koordination der Versorgung en anderen Einrichtung	Un	ter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht
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 koordmactionische Gründe dispegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben) Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen einer anderen Einrichtung	em	eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit
A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant ambulant 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 Mitaufmahme 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		
A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulant ambulant 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 Mitaufmahme 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		
ambulant ambulant ambulant-mobil als Natter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung als Kind-Kind-Kind-Kind-Kind-Kind-Kind-Kind-		
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 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	A.	
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		
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	В.	
sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen) pflegende/r Angehörige/r pile 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		geriatr. Rehabilitation
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	C.	
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		Therapieformen)
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		
neuer 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	VI	I. Sonstige Angaben
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	Die	e beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund
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		neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation
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		Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig
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		Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert
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	Re	isefähigkeit
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		
(sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben) Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung	Ve	rsorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen
Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung		Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)
Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter	9^	
Consuges (2. D. Describere filliweise zur neiserättigkeit, schwangerschaft) / Nuchtur er Deter unter	30	mongeo (2. D. besondere ninweise zur neiseranigkeit, ochwangerschaft) / nucktur erbettett unter
		hes Muster
Verbindliches Muster		Verbindlich

١	/III. Inhalt der	r abgegebenen Einwi	lligungserklärur	ngen und Angaben de	er/des Versicherten				
_	. Erteilte Einwil	lligungserklärungen							
1	Einwilligung de des Medizinisc Vertragsarzt wu	er/des Versicherten zur Übe hen Dienstes an die verord urde erteilt.	rmittlung der gutach nende Vertragsärztir	terlichen Stellungnahme n / den verordnenden					
	ja	nein							
2	2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungs- einrichtungen wurde erteilt.								
	ja	nein							
	Hinweis zur D	atenübermittlung und zur	m 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.								
Г	Für das Ausstelle	n der ärztlichen		Datama					
	Verordnung (Teil E	3-E)		Datum					
	ist die Nr. 01611 I	EBM berechnungsfähig			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes				
E	Vor der Weiterleit	des Versicherten ung des Vordrucks an die Kranke igung unter VIII. A. 2. erteilt wurd	enkasse von der/dem Ve de.	ersicherten auszufüllen,					
	Angaben durch	n die Versicherte/den Versic richtungen, denen die Leisti	herten zu Angehörig	gen und Vertrauenspersoner lurch die Krankenkasse übe	n sowie Pflege- und rmittelt werden soll (VIII. A. 2.).				
	Name, vomam								
	PLZ	Ort		Straße, Haus-Nr.					
				otrabe, Flads-IVI.					
	Name, Vornam	е							
	PLZ	Ort		Straße, Haus-Nr.					

Name, Vorname

PLZ Ort

Straße, Haus-Nr.

Datum

Verbindliches Muster

Verbindliches Muster

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

W	II. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserkläru	ingon und Angabon de	or/dos Vorsicharton
		ingen und Angaben de	er/des versicherten
A.	Erteilte Einwillligungserklärungen		
1.	Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutad des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärzt Vertragsarzt wurde erteilt.	hterlichen Stellungnahme in / den verordnenden	
	ja nein		
2.	Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistu Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie einrichtungen wurde erteilt.	ungsentscheidung der Pflege- und Betreuungs-	
	ja nein		
	Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzli § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen könne Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verd dem verordnenden Arzt widerrufen werden.	n jederzeit mit	
	Sundan Assartation des Santistan		
Ve	ür das Ausstellen der ärztlichen erordnung (Teil B-E) t die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig	Datum	
13	t die 14. 01011 Ebivi berechhangstang		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
B.	Angaben der/des Versicherten Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Vordern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde. Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehör Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung Name, Vorname	igen und Vertrauenspersoner	n sowie Pflege- und rmittelt werden soll (VIII. A. 2.).
	PLZ Ort	Straße, Haus-Nr.	
		_	
	Name, Vorname		
	PLZ Ort	Straße, Haus-Nr.	
	Name, Vorname		
	PLZ Ort	Straße, Haus-Nr.	
			Verbindliches Muster
		Datum	Verbindliches

Datum

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

hkasse bzw. Kostenträger Freigabe 10.05.2022			Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw.						
orname des Versi	icherten	geb. am	Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA						
igerkennung	Versicherten-Nr.	Status							
tätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum							
		les Potenzials oder de durchgeführt, NIV-Ver							
Befunde	der ärztlichen Sch	nluckdiagnostik							
Ergebr	nis der Erhebu	ing							
Potenzia	al liegt vor		zur Beat	mungsentwöhnung	zur Dekanül	ierung			
Empfehlu	ung zur Beatmung	sentwöhnung bzw. De	ekanülierung in fol	genden spezialisierter	n Einrichtungen	geplanter Termi			
						MMJJ			
Potenzia	al kann perspekti	visch vorliegen	zur Beat	mungsentwöhnung	zur Dekanül	ierung			
erforderli	iche vorbereitende	: Maßnahmen <i>(bspw. L</i> a		bilisation, Physiotherapie,	Logopädie, Atmungsth	erapie)			
Potenzia	al liegt nicht vor		zur Beat	mungsentwöhnung	zur Dekanül	ieruna			
Begründ			Zui Deali	nungsentwormung	Zui Dekallul	ierung			
Dograna	ung								
Maßnahr	men der Therapiec	optimierung <i>(ggf. Einwei</i> :	isung in spezialisierte	Einrichtung)					
sowie we	eitere Hinweisė zur	m klinischen Status		O,					
Inne	erhalb von mindes	stens zwei Jahren wur	de zweimal in Fol	ge im Rahmen einer Jussicht auf nachhaltig					
Bes	sserung der zu Gru	unde liegenden Funkti lauerhaft nicht möglicl	ionsstörung beste	ht und eine Entwöhnu	ing				
Bea	atmungsentwöhnu	ngs- bzw. Dekanülieru	ungspotenzials ist	nicht mehr angezeigt.					
der	e Erhebung zum Z Lebensqualität ist	Zwecke der Therapieop t nicht mehr angezeig	ptimierung und zu t.	r Verbesserung					
Weitere	Erläuterungen								
				Ergebnis der Erhebu	ung				
				festgestellt am					
						. Muster			
				TTMMJ	Jindl	_{iches} Mus ^{ter}			

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

se bzw. Kostenträ	_{ger} Freigat	oe 10.05.2022	Erge	bnis der Erhebun mungsentwöhnu	ng des	62A
ame des Versicherten geb. am			Deka	nülierungspoten Richtlinie des G-l	zials gemä	В
ten-Nr.		Status Datum Potenzials oder de urchgeführt, NIV-Vers		ptimierung , Entblockungsversuche)		
Befunde de	r ärztlichen Schlu	ıckdiagnostik				
Ergebnis	der Erhebun	g				
Potenzial li	iegt vor		zui	r Beatmungsentwöhnung	zur Dekanü	lierung
Empfehlung	ı zur Beatmungse	entwöhnung bzw. De	ekanülierunç	g in folgenden spezialisierter	n Einrichtungen	geplanter Termin
	ann perspektivi	_		r Beatmungsentwöhnung	zur Dekanü	_
erforderlich	e vorbereitende N	Лаßnahmen <i>(bspw. La</i>	gerungsthera _l	pie, Mobilisation, Physiotherapie,	Logopädie, Atmungstl	nerapie)

Weitere Erläuterungen Ergebnis der Erhebung festgestellt am **Erneute Erhebung** geplant am

Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung)

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

> Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung

Betriebsstätten-Nr.

Krankenkasse bzw. Kosten	träger Freig	abe 10.05.2022
Name, Vorname des Versio	cherten	
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
	•	•

Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt

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

jerkennung	versicherten-inr.	Status						
ätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum						
Maßnahm (z.B. Spor	nen zur Prüfung de ntanatmungstest d	es Potenzials oder der lurchgeführt, NIV-Vers	Thera	apieoptimi FEES, Entl	erung blockungsversuche)			
Befunde o	der ärztlichen Schl	uckdiagnostik						
Ergebn	is der Erhebur	ng						
Potenzia	l liegt vor			zur Bea	tmungsentwöhnung		zur Dekanü	lierung
Empfehlu	ing zur Beatmungs	entwöhnung bzw. Del	kanüli	erung in fo	olgenden spezialisierte	en Einr	ichtungen	geplanter Termin
								MMJJ
								_
Potenzia	l kann perspektiv	risch vorliegen		zur Bea	tmungsentwöhnung		zur Dekanü	lierung
erforderlic	che vorbereitende	Maßnahmen <i>(bspw. Lag</i>	erungs	_ stherapie, M	obilisation, Physiotherapie	, Logop	⊐ ädie, Atmungstl	nerapie)
Potenzial	I liegt nicht vor			zur Bea	tmungsentwöhnung		zur Dekanü	lierung
Begründu	•			Zui Bca	unungsentwonnung		_ Zar Bokana	norang
	9							
	nen der Therapieor	otimierung <i>(ggf. Einweis</i> i	ung in :	spezialisiert	e Einrichtung)			
sowie we	itere Hinweise zum	n klinischen Status			_			
		ens zwei Jahren wurd en Erhebung festgest				ige		
Bess	serung der zu Grui	nde liegenden Funktio auerhaft nicht möglich	nsstö	rung best	eht und eine Entwöhn	ung		
Beat	tmungsentwöhnun	gs- bzw. Dekanülierur vecke der Therapieop	ngspo	tenzials is	t nicht mehr angezeig	t.		
der	Lebensqualität ist	nicht mehr angezeigt.	umer	ung unu z	ur verbesserung			
Weitere E	Erläuterungen							
					Ergebnis der Erhek	oung		
					festgestellt am	il.		Muster
						0	(orbind	_{liches} Muster
					Erneute Erhebung geplant am	1	Ae	

ankenkasse bzw ame, Vorname de	. Nosterili agei	geb. am	8	erordn außerkli erordnungs	inis	che							62B
			_		N / N			 :-	TIA	al n al			
ostenträgerkennu	ung Versicherten-Nr.	Status		om	ches	/ U Entlas		is III	N		7 7		
etriebsstätten-Nr.	. Arzt-Nr.	Datum		nur durch Krar					TR	<u>ЛМ</u> .	JJ		
Erst- verordn	ung Folge-	AL- 4 O-4		on aus dem KI-Richtlinie				Entlass	ung g	jemäß §	§ 10	(Jnfall
1.	Klinischer Statu	ıs											
	Beatmung, seit	TITMMJ	J										
	Beatmungsform						Beat	mungso	lauer		Spontan	atmur	ngszeit
	invasiv							Stun pro 7				Stunde oro Tag	
	nicht							 □ Stun	den			Stunde	en
	invasiv, Mask							pro N	Nacht		F	oro Na	icht
	Tracheostoma, se	eit TTMMJ	J										
	Trachealkanüle						Entb	lockung	szeit	en			
	geblockt	ungeblockt			rechv	entil							
	Endotracheale Ab	osaugpflicht durchs Absau		ittliche tgl. quenz				zu rege Zeiten	lmäßi	gen	zu i Zei		elmäßigen
	Sonstige vitale Fu	ınktionseinschränkung	en, A	Art und Häuf	igkei	t							
	J												
	1												
	Bewusstseinsstör												
Mit	wirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	vori	entierung handen, zu	Mob	oilität v	orhan	den				Ernä	e hrung
	uneingeschränkt	uneingeschränkt		Ort			gesch			Nacke	engriff		nein
	eingeschränkt	eingeschränkt		Zeit			n die E n Rolls	Bettkant stuhl	e	Schür	rzengriff	Ш	ja
	nicht möglich	nicht möglich		Person		stehf	ähig, g	jehfähig		Faust	schluss		teilweise
				Situation		immo	bil			Pinze	ttengriff		
				nicht vor- handen									
II.	Erforderlicher L	eistungsumfang d	er A	KI	Stur	den je	Tag						
	Weiters Himmin												
Ш.	Weitere Hinweis	se destens zwei Jahren wur	de zu	weimal in Fo	olae ii	n Rah	men e	iner upr	nittelk	oar nere	sönlicher	Frhe	huna feet.
	gestellt, dass keine Entwöhnung oder I	e Aussicht auf nachhaltig Dekanülierung dauerhaft gspotenzials ist nicht me	ge Be nich	esserung der nt möglich is	r zu (Grunde	lieger	nden Fu	nktio	nssṫöru	ing beste	eht und	d eine
Erhe der	Lebensqualität	er 62A zum Zwecke der	Thera		_				g				
	sind weiterhin angezeigt	sind nicht mehr angezeigt				durch d hr gew		itienten it					
Weit	tere Erläuterungen												
							.,						
wen	n die Verordnung du	oeatmungspflichtigen od urch eine nicht auf die Er	er nic kranl	cnt tracheall kung spezia	kanül Iisier	ierten e Facl	versic härztin	nerten, oder				<u> </u>	luste ^r
Faci	narzt erfolgt										ndlich	es N	100
Son	stige Hinweise /z R -z	u Kommunikation, Mitwirkun	a. Mol	bilität. Ernäbri	ına)					Verb	11100		
3011		Kun	J, 11101		- 9/					Vert	ragsarztstem	pel/Unte	rschrift
		die Krankenkasse (rüc									des verordne	enden Arz	∠t U S

Traine, voltaine des volcieneren		Toolonia against managa Toolonia.		Freigabe 30.05.2022
Antrag des Versicherten a	auf außerklinisch	e Intensivpflege (Nicht	auszufüllen bei Vor	abinformation aus Krankenhaus)
Ich beantrage außerklinische Inter	nsivpflege für die Zeit	vom T T M M J J	bis TT	1MJJ
in meinem Haushalt	im Haushalt eine	er sonstigen Person		Werkstatt für erte Menschen
in einer vollstationären Pflegeeinrichtung	in einer Schule,	Kindergarten		Wohneinheit
Leistungsort	in einer betreute	n Wohnform	in einer	sonstigen Einrichtung
Name des Leistungortes				
Straße, Haus-Nr				
PLZ Ort				
Wird von den An- und Zugehörige	n im Verordnunaszeit	raum die Übernahme von I	Leistungen anges	strebt?
Ja, es wird die Übernahme fo durch An- und Zugehörige ar				
Nein, es wird keine Übernahr durch An- und Zugehörige ar	me von Maßnahmen on ngestrebt.	der außerklinischen Intensi	vpflege	
An der Versorgung beteiligte An-	und Zugehörige			
Name				
Straße, Haus-Nr				
PLZ Ort				Datum
Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/ir	n			TTMMJJ
Name				
Straße, Haus-Nr				
PLZ Ort				
Telefonnummer (freiwillige Angabe)				Unterschrift des Versicherten
				oder des gesetzlichen Vertreters
Angaben des Leistungser	bringers nach § ·	132l Abs. 5 SGB V (Nic	ht auszufüllen bei Vo	rabinformation aus Krankenhaus)
Die außerklinische Intensivpflege v	wird täglich in der Zeit			
vom TTMMJJ bis 1	T M M J J i	m Umfang von Sti	unden erbracht.	
Die außerklinische Intensivpflege v	wird durchgeführt von	einem zugelassenen Leist	ungserbringer (§	132I Abs. 5 SGB V)
Straße, Haus-Nr				Datum
PLZ Ort				IIIMMJJ
Institutionskennzeichen				
Ansprechpartner (Name)				hes Muster
Telefonnummer	Fax-Nr.		1	_{rbindliches} Mus ^{ter}
E-Mail-Adresse				hel / Unterschrift des Leistungserbringers

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Name, Vorname des Versicherten

ame des Versicherten	geb. am	auße		er Intensivpfle Diagnose(n) (ICD-10-Coo		62
		vom	TMMJ	J bis T T M	MJJ	
erkennung Versicherten-Nr.	Status		sichtliches Entlas h Krankenhaus anz		MJJ	
tten-Nr. Arzt-Nr.	Datum	, , , , , ,				
rt- ordnung Folge- verordn	1 1 4 0 1	mation aus oz 1 AKI-Ricl	dem Krankenha htlinie <i>(fakultativ I</i>	us vor Entlassung ge <i>bis III)</i>	mäß § 10	Unfall
I. Klinischer Statu	ıs					
Beatmung, seit	TTMMJ	J				
Beatmungsform				Beatmungsdauer		atmungszeit
invasiv				Stunden pro Tag		Stunden oro Tag
nicht invasiv, Mask	kentyp			Stunden pro Nacht		Stunden oro Nacht
Tracheostoma, se	eit TTMMJ	J				
Trachealkanüle				Entblockungszeite	n	
geblockt	ungeblockt		Sprechventil			
Endotracheale Al		schnittliche ugfrequenz	tgl.	zu regelmäßig Zeiten	en zu ı Zeit	ınregelmäßig
Sonstige vitale Fu	unktionseinschränkung	en, Art und	Häufigkeit			
Bewusstseinsstö	rung, Art					
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierui vorhander	ng n, zu Mobilität v	vorhanden		Orale Ernährung
uneingeschränkt	uneingeschränkt	Ort	uneir	ngeschränkt	Nackengriff	nein
eingeschränkt	eingeschränkt	Zeit		n die Bettkante n Rollstuhl	Schürzengriff	ja
nicht möglich	nicht möglich	Perso	on stehf	ähig, gehfähig	Faustschluss	teilwei
		Situa	tion immo			
				obil	Pinzettengriff	
		nicht hand	vor-	obil	Pinzettengriff	
II. Erforderlicher L	eistungsumfang d	hand	vor-		Pinzettengriff	
		hand	vor- en		Pinzettengriff	
III. Weitere Hinweis Innerhalb von mind gestellt, dass keine Entwöhnung oder	se destens zwei Jahren wur e Aussicht auf nachhaltig Dekanülierung dauerhaft	er AKI rde zweimal ge Besserun t nicht mögl	in Folge im Rahing der zu Grundich ist. Eine rege	e Tag Imen einer unmittelba e liegenden Funktions	ar persönlichen sstörung beste	ht und eine
III. Weitere Hinweis Innerhalb von mind gestellt, dass keine Entwöhnung oder bzw. Dekanülierun Erhebungen nach Muste	se destens zwei Jahren wur e Aussicht auf nachhaltic	er AKI rde zweimal ge Besserun t nicht mögli ehr angezeig	Stunden je in Folge im Rah ng der zu Grunde ich ist. Eine rege	e Tag amen einer unmittelba e liegenden Funktions elmäßige Erhebung d	ar persönlichen sstörung beste	ht und eine
III. Weitere Hinweis Innerhalb von mind gestellt, dass keine Entwöhnung oder bzw. Dekanülierun Erhebungen nach Muste der Lebensqualität sind weiterhin	destens zwei Jahren wur e Aussicht auf nachhaltig Dekanülierung dauerhaft gspotenzials ist nicht me er 62A zum Zwecke der	er AKI rde zweimal ge Besserun t nicht mögli ehr angezeig	in Folge im Rahing der zu Grunde ich ist. Eine regett. timierung und zu werden durch werden durch	e Tag Imen einer unmittelba e liegenden Funktions elmäßige Erhebung d ur Verbesserung den Patienten	ar persönlichen sstörung beste	ht und eine
III. Weitere Hinweis Innerhalb von mind gestellt, dass keine Entwöhnung oder bzw. Dekanülierung Erhebungen nach Muste der Lebensqualität	se destens zwei Jahren wur e Aussicht auf nachhaltig Dekanülierung dauerhaft gspotenzials ist nicht me er 62A zum Zwecke der	er AKI rde zweimal ge Besserun t nicht mögli ehr angezeig	in Folge im Rahing der zu Grundlich ist. Eine regett.	e Tag Imen einer unmittelba e liegenden Funktions elmäßige Erhebung d ur Verbesserung den Patienten	ar persönlichen sstörung beste	ht und eine
III. Weitere Hinweis Innerhalb von mind gestellt, dass keine Entwöhnung oder bzw. Dekanülierun Erhebungen nach Muste der Lebensqualität sind weiterhin angezeigt	destens zwei Jahren wur e Aussicht auf nachhaltig Dekanülierung dauerhaft gspotenzials ist nicht me er 62A zum Zwecke der	er AKI rde zweimal ge Besserun t nicht mögli ehr angezeig	in Folge im Rahing der zu Grunde ich ist. Eine regett. timierung und zu werden durch werden durch	e Tag Imen einer unmittelba e liegenden Funktions elmäßige Erhebung d ur Verbesserung den Patienten	ar persönlichen sstörung beste	ht und eine
III. Weitere Hinweis Innerhalb von mind gestellt, dass keine Entwöhnung oder bzw. Dekanülierungen nach Muste der Lebensqualität sind weiterhin angezeigt Weitere Erläuterungen Konsilpartner bei nicht bei	destens zwei Jahren wur e Aussicht auf nachhaltig Dekanülierung dauerhaft gspotenzials ist nicht me er 62A zum Zwecke der	rde zweimal ge Besserunt nicht möglichr angezeig. Therapieopt	in Folge im Rahag der zu Grunde ich ist. Eine regert. werden durch nicht mehr gevorhealkanülierten	e Tag Imen einer unmittelba e liegenden Funktions elmäßige Erhebung d ur Verbesserung den Patienten vünscht	ar persönlichen sstörung beste es Beatmungs	ht und eine entwöhnung
III. Weitere Hinweis Innerhalb von mind gestellt, dass keine Entwöhnung oder bzw. Dekanülierungen nach Muste der Lebensqualität sind weiterhin angezeigt Weitere Erläuterungen Konsilpartner bei nicht bwenn die Verordnung du	destens zwei Jahren wur e Aussicht auf nachhaltig Dekanülierung dauerhaft gspotenzials ist nicht me er 62A zum Zwecke der sind nicht mehr angezeigt	rde zweimal ge Besserunt nicht möglichr angezeig. Therapieopt	in Folge im Rahag der zu Grunde ich ist. Eine regert. werden durch nicht mehr gevorhealkanülierten	e Tag Imen einer unmittelba e liegenden Funktions elmäßige Erhebung d ur Verbesserung den Patienten vünscht	ar persönlichen sstörung beste	ht und eine entwöhnung

rname des Versicherten	gabe 30.05.2022 geb. am		inische	er Intensivpf Diagnose(n) (ICD-10-C	_	6
gerkennung Versicherten-Nr.	Status	vom T T	MMJ	J bis T T	им J J	
ätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum	Voraussichtl (nur durch Kra			и <mark>М</mark> Ј Ј	
st- Folge- erordnung verordnu	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	mation aus dem z 1 AKI-Richtlini		us vor Entlassung g bis III)	gemäß § 10	Unfall
I. Klinischer Statu						
Beatmung, seit	TTMMJ	J				
Beatmungsform				Beatmungsdauer	Spontan	atmungsze
invasiv				Stunden pro Tag		Stunden oro Tag
nicht				Stunden		Stunden
invasiv, Mask				pro Nacht	:	oro Nacht
Tracheostoma, se	eit TTMMJ	J		Publication 19		
Trachealkanüle				Entblockungszeit	en	
geblockt	ungeblockt	Schnittliche tgl.	prechventil	zu regelmäß		unregelmäß
Bewusstseinsstö						
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität v	vorhanden		Orale Ernährung
uneingeschränkt	uneingeschränkt	Ort		ngeschränkt	Nackengriff	nein
eingeschränkt	eingeschränkt	Zeit		n die Bettkante n Rollstuhl	Schürzengriff	ja
nicht möglich	nicht möglich	Person	stehf	ähig, gehfähig	Faustschluss	teilw
		Situation	immo	obil	Pinzettengriff	
		nicht vor- handen				
II. Erforderlicher L	eistungsumfang d	er AKI	Stunden je	e Tag		
III. Weitere Hinweis	se					
gestellt, dass keine Entwöhnung oder	destens zwei Jahren wur e Aussicht auf nachhaltig Dekanülierung dauerhafi gspotenzials ist nicht me	ge Besserung de t nicht möglich is	er zu Grunde	e liegenden Funktio	nsstörung beste	ht und eine
Erhebungen nach Muste der Lebensqualität	er 62A zum Zwecke der	Therapieoptimie	rung und zu	ır Verbesserung		
sind weiterhin angezeigt	sind nicht mehr angezeigt		rden durch o ht mehr gev	den Patienten vünscht		
Weitere Erläuterungen	5 5			_		
Konsilpartner bei nicht k wenn die Verordnung du Facharzt erfolgt	peatmungspflichtigen od urch eine nicht auf die Er	er nicht trachea krankung spezia	lkanülierten alisierte Fac	Versicherten, härztin oder	Verbindlich	_{es} Mustí
Sonstige Hinweise (z.B. z	u Kommunikation Mitwirken	a Mobilität Ernäh	ana)		Verbin	
Consuge minweise (z.B. z	u nommunikation, Mitwirkun	y, wobiiitat, Ernani	uriyj			pel/Unterschrift

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

name des Vers	tenträger			Beha	nedikamente						6
	sicherten			Bedartsn	neuikamente	iur AKI					
			geb. am								
erkennung	Versicherten-	Nr.	Status	Notfallma	anagement						
tten-Nr.	Arzt-Nr.	D) Datum								
Thera	pieziele										
	Г										
	esiedelung	nein	ja, folgen								
Maßnah Therapie	men der Hei eziele im Rah	lmitteltherap nmen der Ak	oie zur Unterstüt: Kl	zung der	Logopä	die	Phy	siother	apie	Ergot	ther
Maßn	ahmen de	er außerk	linischen Inte	ensivpfleg	ge						
$\overline{}$											
В	enennung d	er zu ertas	senden und zu l	bewertende	ıı vıtaıparam	leter					
Т.	acheostom	a/Tracheall	kanülenmanage	ment							
	Tracheotomic		Trachea						Befeuch	ntuna	
	dilatativ		rgisch Herstelle			endurch-				ssiv	al
			110101011		me	sser in mm	1	,	ρα		ا ا
	ekretmanag			Inholatia	zoröt						
P	Absauggerät	Häi	ufigkeit	Inhalationsg	Häu	figkeit	Me	dikame	nt/		
				ja			01				
	ja	nein pro	iag [_	,	nein pro	Tag	Sur	ostanz			
D ₁	ysphagiema	j pro	iag []	,	pro	Tag	Sur	ostanz			
	ysphagiema	anagement			_ pro	Tag	Sur	ostanz			
Ве	ysphagiema	anagement	chung des Beat		_ pro	Tag	Sur	ostanz			
Ве	ysphagiema	anagement	chung des Beat		_ pro	Tag	Sur	ostanz			
Be	ysphagiema	nnagement nd Überwac räteinstellun	chung des Beat		tes	Tag		ostanz			
Be Be	ysphagiema edienung ur eatmungsge	anagement nd Überwac räteinstellun ufflation	chung des Beati gen ja	mungsgerät	tes Notfall						
Be Be	ysphagiema edienung ur eatmungsgel auerstoffins mit Beatmun	anagement d Überwac räteinstellun ufflation	ja uauer	mungsgerät nein unter Sponta	tes Notfall anatmung Limin Da	versorgung uer			I/min	Dauer h/tgl.	
Be Be	ysphagiema edienung ur eatmungsger auerstoffins mit Beatmun	anagement d Überwac räteinstellun ufflation g I/min D h/	ja uauer //tgl.	mungsgerät nein unter Sponta	tes Notfall	versorgung uer	Mobi	lität]	h/tgl.	lat
Bo B	ysphagiema edienung ur eatmungsger auerstoffins mit Beatmun flow	nd Überwac räteinstellun ufflation ig I/min D pienemaßna	ja ja uauer Ftgl.	mungsgerät nein unter Sponta	Notfally anatmung I/min Day	versorgung uer	Mobi	lität]	h/tgl.	ste
Bo B	ysphagiema edienung ur eatmungsger auerstoffins mit Beatmun flow	nd Überwac räteinstellun ufflation ig I/min D pienemaßna	ja uauer //tgl.	mungsgerät nein unter Sponta	Notfally anatmung I/min Day	versorgung uer	Mobi	lität]	h/tgl.	
Bo B	ysphagiema edienung ur eatmungsger auerstoffins mit Beatmun flow	nd Überwac räteinstellun ufflation ig I/min D pienemaßna	ja ja uauer Ftgl.	mungsgerät nein unter Sponta	Notfally anatmung I/min Day	versorgung uer	Mobi	lität]		ste
Bo B	ysphagiema edienung ur eatmungsger auerstoffins mit Beatmun flow	nd Überwac räteinstellun ufflation ig I/min D pienemaßna	ja ja uauer Ftgl.	mungsgerät nein unter Sponta	Notfally anatmung I/min Day	versorgung uer	Mobi	lität]	h/tgl.	
Sa Sa Sonstige	ysphagiema edienung ur eatmungsger auerstoffins nit Beatmun Flow	anagement Ind Überwac räteinstellun ufflation ig I/min D h/ yienemaßna	ja ja uauer Ftgl.	nein Inter Sponta	tes Notfalle anatmung I/min Dai h/tg	versorgung uer	Mobi	lität	indlich	h/tgl.	ste'
Sa Sa Sonstige	ysphagiema edienung ur eatmungsger auerstoffins nit Beatmun flow pezielle Hyg e eingeleitete	anagement Ind Überwac räteinstellun ufflation ig I/min D h/ yienemaßna	ja ja uauer Fishmen ja linka kan kan kan kan kan kan kan kan kan	nein Inter Sponta	tes Notfalle anatmung I/min Dai h/tg	versorgung uer	Mobi	lität Ver ^b	indlich	h/tgl.	
Sa Sonstige	ysphagiema edienung ur eatmungsger auerstoffins nit Beatmun flow pezielle Hyg e eingeleitete	anagement Ind Überwac räteinstellun ufflation ig I/min D h/ yienemaßna	ja ja uauer Fishmen ja linka kan kan kan kan kan kan kan kan kan	nein Inter Sponta	tes Notfalle anatmung I/min Dai h/tg	versorgung uer	Mobi	lität Ver ^{lo} Häufi	indlich	h/tgl.	
Sa Sonstige	ysphagiema edienung ur eatmungsger auerstoffins nit Beatmun flow pezielle Hyg e eingeleitete	anagement Ind Überwac räteinstellun ufflation ig I/min D h/ yienemaßna	ja ja uauer Fishmen ja linka kan kan kan kan kan kan kan kan kan	nein Inter Sponta	tes Notfalle anatmung I/min Dai h/tg	versorgung uer	Mobi	lität Ver ^{lo} Häufi	indlich	h/tgl.	
Sa Sonstige	ysphagiema edienung ur eatmungsger auerstoffins nit Beatmun flow pezielle Hyg e eingeleitete	anagement Ind Überwac räteinstellun ufflation ig I/min D h/ yienemaßna	ja ja uauer Fishmen ja linka kan kan kan kan kan kan kan kan kan	nein Inter Sponta	tes Notfalle anatmung I/min Dai h/tg	versorgung uer	Mobi	lität Ver ^{lo} Häufi	indlich	h/tgl.	s te
Sa Sa Sanstige Mediz Leistung	ysphagiema edienung ur eatmungsger auerstoffins nit Beatmun flow pezielle Hyg e eingeleitete	anagement Ind Überwac räteinstellun ufflation ig I/min D jienemaßna e Maßnahme	ja ja uauer Fishmen ja linka kan kan kan kan kan kan kan kan kan	nein Inter Sponta	tes Notfalle anatmung I/min Dai h/tg	versorgung uer	Mobi	lität Ver ^{lo} Häufi	indlich	h/tgl.	

			ngsplan nente für AK						62
name des Versicherten geb. am									
gerkennung Versicherten-Nr. Status	Notfa	llmanagen	nent						
atten-Nr. Arzt-Nr. Datum									
Therapieziele									
MRE-Besiedelung nein ja, folg	ender Keim	ı							
Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterst Therapieziele im Rahmen der AKI	tützung der	Lo	ogopädie		Physioth	nerapi	e [Ergot	hera
Maßnahmen der außerklinischen In	ntensivpf	lege							
Benennung der zu erfassenden und z	u bewerte	nden Vital _l	oarameter -						
Tracheostoma/Trachealkanülenmana	nement								
	ealkanüle					Be	feuch	tung	
dilatativ chirurgisch Herste	eller		Innendurc messer in				pas		ak
Sekretmanagement			11163361 111		,		<u></u>		
Absauggerät	Inhalatio	nsgerät							
ia noin Häufigkeit	ja	nein	Häufigkeit		Medikar				
pro ray	<u> </u>		pro Tag		Substan	_			
Dysphagiemanagement									
Bedienung und Überwachung des Be	atmunasa	orätee							
Beatmungsgeräteinstellungen	atmungsg	orates							
Sauerstoffinsufflation ja	nein		lotfallversorg						
mit Beatmung Dauer	1 1	ntanatmu	ng Dauer	1 1	Mobilität	<u> </u>		Dauer	<u> </u>
Flow I/min Dater h/tgl.	Flow	I/min	h/tgl.	F	Flow		nin	h/tgl.	
Spezielle Hygienemaßnahmen								- A115	ter;
Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließli	ich weiterer	Maßnahm	en der AKI)			:-00	llich	es Mus	
					/ le	kpıı.,			
Medizinische Behandlungspflege	out Dailylast o				Ца	ufiaka	:+	Dauer	
Wedizinische Benandiungspriege	igt. Beiblatt n	utzen)				ufigke			h
Loietung					tgl.	wtl.	mtl.	vom	b
Leistung					1	1	1	1	
Leistung									
Leistung									
Leistung Name des Arztes / der Ärztin									

sse bzw. Kostentr	Freigabe 30.05.	.2022	Beha	ındlu	ngspla	n					6
name des Versiche	erten				nente für A						
and dea versicill	geb. a	am									
	g.ss. u										
			Notfalln	nanagem	nent						
erkennung	Versicherten-Nr. Status			J							
tten-Nr.	Arzt-Nr. Datum										
Therapi	eziele										
MRE-Besie	edelung nein ja	a, folgende	r Keim								
Maßnahme Therapiezie	en der Heilmitteltherapie zur U ele im Rahmen der AKI	nterstützu	ng der	Lo	ogopädie		Phys	iothera	pie	Ergot	thera
	ımen der außerklinisch	on Inton	eivoflo	go.							
Maprial	men der auberklinisch	en men	isivpile	ye							ı
Ben	ennung der zu erfassenden i	und zu be	wertend	en Vital _l	oarameter						
	·										
Trac	heostoma/Trachealkanülenn	managem	 ent								
ш		Trachealka						E	Befeucl	ntuna	
		Hersteller			Innendu					ssiv	ak
					messer	ın mm					
<u> </u>	retmanagement										
Abs	auggerät	Ini	halations	_	Häufigke	i+ l l	Medi	ikamen	t/		
	ja nein pro Tag		ja	nein	pro Tag		Subs				
Dysr	phagiemanagement										
Bedi	enung und Überwachung de mungsgeräteinstellungen	es Beatmı	ungsgerä	ites							
Deat	mungsgeratemstemungen										
Sau	erstoffinsufflation ja		nein		lotfallverso	rauna					
	Beatmung		ter Spont				Mobili	tät			
Flov	Dauer	Flo	1 1		Dauer		Flow	1 1	l/min	Dauer	
	v h/tgl.	FIO	w	l/min	h/tgl.		L			h/tgl.	
Spe	zielle Hygienemaßnahmen									. 4.19	ate'
Sonstige e	ingeleitete Maßnahmen (einsc	hließlich w	/eiterer M	aßnahm	en der AKI)			nich	nes Mus	
							•	uerbi	name		
								•			
Medizin	ische Behandlungspfle	ge (ggf. Be	eiblatt nutz	en)				Häufig	keit	Dauer	
								tgl. w		vom	
Leistung								-9 **		10	
Leistung											
Leistung											1
Leistung											
Leistung											
	Arztes / der Ärztin										

hkasse bzw. Kostenträger Freigabe 01.09.20	Verordnung spezialisierter 63 ambulanter Palliativversorgung (SAPV)
orname des Versicherten geb. am	Erst- verordnung Folge- verordnung
rägerkennung Versicherten-Nr. Status	Unfall Unfallfolgen
sstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	vom TTMMJJ bis TTMMJJ
Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10	D; ggf. Organmanifestationen)
Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschi	reitend und weit fortgeschritten.
Komplexes Symptomgeschehen	ausgeprägte Schmerzsymptomatik
ausgeprägte urogenitale Symptomatik	ausgeprägte respiratorische / ausgeprägte gastrointestinale kardiale Symptomatik Symptomatik
ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore	ausgeprägte neurologische / sonstiges komplexes Symptomatik Symptomgeschehen
Folgende Maßnahmen sind notwendig Beratung a. des behandel	nden Arztes Koordination der Palliativversorgung
	nden Pflegefachkraft
	ı / der Angehörigen nstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)
	Iständige sorgung
Nähere Angaben zu den notwendigen Ma	
	Verbindliches Muster
	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

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-Leistung 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.		
		Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten
Angaben des Leistungserbringers für die	SAPV	
Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum	vom TTMMJJ bi	is TTMMJJ erbracht.
Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stemp	pel	
Institutionskennzeichen des Leistungserbringers		
Ansprechpartner (Name)		
Telefonnummer		
Fax-Nummer		
	D.	
E-Mail	Datum	
		Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers
Genehmigung der Krankenkasse		
Genehmigung der Krankenkasse Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach o	den vereinbarten Sätzen	
	den vereinbarten Sätzen	
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach of entsprechend der Verordnung übernommen	den vereinbarten Sätzen	
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach o	den vereinbarten Sätzen	
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach of entsprechend der Verordnung übernommen	den vereinbarten Sätzen	
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach of entsprechend der Verordnung übernommen	den vereinbarten Sätzen	
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den versprechend der Verordnung übernommen in folgendem Umfang übernommen Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung be	eizufügen. Endet die Notwend	ligkeit vor Ablauf des
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach of entsprechend der Verordnung übernommen in folgendem Umfang übernommen Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung be angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kosten Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus er	eizufügen. Endet die Notwend verpflichtung. forderlich sein, so ist rechtze i	
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach der Verordnung übernommen in folgendem Umfang übernommen Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beangegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kosten	eizufügen. Endet die Notwend verpflichtung. forderlich sein, so ist rechtze i	
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach dentsprechend der Verordnung übernommen in folgendem Umfang übernommen Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beangegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kosten Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus er Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse er Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht	eizufügen. Endet die Notwend verpflichtung. forderlich sein, so ist rechtze i	
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den verordnung übernommen in folgendem Umfang übernommen Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung be angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kosten Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus er Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse er	eizufügen. Endet die Notwend verpflichtung. forderlich sein, so ist rechtze i	
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach dentsprechend der Verordnung übernommen in folgendem Umfang übernommen Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beangegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kosten Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus er Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse er Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht	eizufügen. Endet die Notwend verpflichtung. forderlich sein, so ist rechtze i	
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den entsprechend der Verordnung übernommen in folgendem Umfang übernommen Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung be angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kosten Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus er Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse er Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht Name, Vorname des Versicherten	eizufügen. Endet die Notwend verpflichtung. forderlich sein, so ist rechtze i	itig vor Ablauf des genehmigten Freigabe 01.09.2014
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den entsprechend der Verordnung übernommen in folgendem Umfang übernommen Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung be angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kosten Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus er Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse er Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse er Versicherten	eizufügen. Endet die Notwend verpflichtung. forderlich sein, so ist rechtze i	itig vor Ablauf des genehmigten Freigabe 01.09.2014
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den entsprechend der Verordnung übernommen in folgendem Umfang übernommen Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung be angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kosten Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus er Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse er Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht Name, Vorname des Versicherten Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	eizufügen. Endet die Notwend verpflichtung. forderlich sein, so ist rechtze i	itig vor Ablauf des genehmigten

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

kasse bzw. Kostenträ	Freigabe 01.09.201	verordnung spezialisier	
orname des Versiche	rten	ambulanter Palliativvers	sorgung (SAPV)
	geb. am	Erst- Folgoverordnung verordnung	e- rdnung
ägerkennung	Versicherten-Nr. Status	Unfall Unfallfolgen	
stätten-Nr.	Arzt-Nr. Datum	vom TTMMJJbis T	TMMJJ
Vorordnungs	relevante Diagnose(n) (ICD-10;	gat Organizationen)	
verorungs	relevante biagnose(n) (100-10,	ggi. Organinannestationerij	
Die Kuenkleei		though and trait fortunes builting	
Die Kranknei	: ist nicht heilbar, sie ist fortschre	itena una weit fortgeschritten.	
Komplexes	Symptomgeschehen	ausgeprägte Schmerzsymptomatik	
ausgep	rägte urogenitale	ausgeprägte respiratorische /	ausgeprägte gastrointestina
Sympto	rägte ulzerierende /	_ kardiale Symptomatik ☐ ausgeprägte neurologische /	Symptomatik sonstiges komplexes
exulzeri	erende Wunden oder Tumore	psychiatrische / psychische Symptomatik	Symptomgeschehen
Aktuelle Med	dikation (ggf. einschließlich BtM)		
Folgende Ma	aßnahmen sind notwendig		
Beratun	g a. des behandeln	den Arztes Koor	rdination der Palliativversorgung
	b. der behandelnd	len Pflegefachkraft	
	c. des Patienten /	der Angehörigen	
mit folgender	inhaltlicher Ausrichtung (Gegens	tand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige	
Additiv Teilvers	unterstützende Volls orgung Verso	tändige orgung	
	aben zu den notwendigen Maßı		
			cter
			Verbindliches Muster
			Verbinans
			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztei

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

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer

Symptomatik kardiale Symptomatik Symptomatik Symptomatik sonstiges kor	PV)
Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) Werordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) Werordnungsrelevante 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 ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
### Polge-verordnung Unfall	
wom TTMMJJ bis TTMMJJ 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 ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
stätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 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 usgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
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 vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik	
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 ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten. Komplexes Symptomgeschehen ausgeprägte Schmerzsymptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten. Komplexes Symptomgeschehen ausgeprägte Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Komplexes Symptomgeschehen ausgeprägte Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Komplexes Symptomgeschehen ausgeprägte Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Komplexes Symptomgeschehen ausgeprägte Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Komplexes Symptomgeschehen ausgeprägte Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale ausgeprägte respiratorische / symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale ausgeprägte respiratorische / ausgeprägte Symptomatik Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Symptomatik kardiale Symptomatik Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	gastrointestina
ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kol	
exulzerierende Wunden oder Tumore psychiatrische / psychische Symptomatik Symptomges	mplexes schehen
Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Beg	
Folgende Maßnahmen sind notwendig	
Beratung a. des behandelnden Arztes Koordination der Palliativo	versorauna
b. der behandelnden Pflegefachkraft	ro.co.gag
c. des Patienten / der Angehörigen	
mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)	
Additiv unterstützende Vollständige Tailversorgung	
Teilversorgung	
Teilversorgung Versorgung Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV	
Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV	a uster
Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV	es Muster
Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV	_{≥s} Muster
Teilversorgung	₂ s Muster

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

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer – der Abrechnung beizufügen

enkasse bzw. Kostenträ	ger Freigabe 01.09.2014	Verordnung spezialisie	
Vorname des Versiche	rten	ambulanter Palliativver	sorgung (SAPV)
	geb. am	Erst- Folgoverordnung verordnung	ge- ordnung
nträgerkennung	Versicherten-Nr. Status	Unfall Unfallfolgen	
sstätten-Nr.	Arzt-Nr. Datum	vom TTMMJJbis T	TMMJJ
Verordnungs	relevante Diagnose(n) (ICD-10; g	gf. Organmanifestationen)	
Die Krankheit	ist nicht heilbar, sie ist fortschreite	end und weit fortgeschritten.	
Komplexes	Symptomgeschehen	ausgeprägte Schmerzsymptomatik	
Sympto		ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
ausgepi exulzeri	ägte ulzerierende / erende Wunden oder Tumore	ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychiatrische / psychische Symptomatik	sonstiges komplexes Symptomgeschehen
Folgende M	aßnahmen sind notwendig		
Beratun		on Arztes Koo	ordination der Palliativversorgung
Beratan	b. der behandelnde		numation der Famativversorgung
	c. des Patienten / d	er Angehörigen	
mit folgender	inhaltlicher Ausrichtung (Gegensta	und, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige	9)
Teilvers	unterstützende Vollstä orgung Versorg aben zu den notwendigen Maßna	gung	
—————	iben zu den notwendigen Mabria		
			Verbindliches Muster
			Jerbindliches !
			Ac.

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

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

	Eroigo	ha 20 02 2019
Krankenkasse bzw. Kostentr	äger Freiga	be 29.03.2018
Name, Vorname des Versich	erten	ø.
Verbind	_{lliches} Mus ^{te}	geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

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

64 Teil A

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

(Des	rsorgerelevante Gesundheits schwerden, die in absehbarer Zeit z		ISIKOIAKIOIEII	
Voi	rsorgerelevante Erkrankung	en in der Reihenfolge ihrer E	3edeutung	Diagnoseschlü ICD-10-
E				
. Vo	orsorgebedürftigkeit			
Ku	rze Angaben zur Anamnese			
_				
(bei	rübergehende Beeinträchtig ispielsweise Entscheidungen treffen ısliches Leben organisieren, Familiei	, mit Stress umgehen, auf die eigen	e Gesundheit und Ernährung a	chten, Hausarbeiten erledigen,
(bei	ispielsweise Entscheidungen treffen	, mit Stress umgehen, auf die eigen	e Gesundheit und Ernährung a	chten, Hausarbeiten erledigen,
(bei	ispielsweise Entscheidungen treffen	, mit Stress umgehen, auf die eigen	e Gesundheit und Ernährung a	chten, Hausarbeiten erledigen,
(bei	ispielsweise Entscheidungen treffen Isliches Leben organisieren, Familiei	, mit Stress umgehen, auf die eigen n-/soziale Beziehungen pflegen, ein	e Gesundheit und Ernährung a er Beschäftigung sowie eigenei	chten, Hausarbeiten erledigen, n Interessen und Hobbies nachgehen)
(bei	ispielsweise Entscheidungen treffen Isliches Leben organisieren, Familien Intextfaktoren, die für die mi	, mit Stress umgehen, auf die eigen n-/soziale Beziehungen pflegen, ein ütter-/väterspezifische Probl	e Gesundheit und Ernährung a er Beschäftigung sowie eigenei	chten, Hausarbeiten erledigen, n Interessen und Hobbies nachgehen) t sind
(bei	ispielsweise Entscheidungen treffen isliches Leben organisieren, Familien intextfaktoren, die für die mi Mehrfachbelastung	n, mit Stress umgehen, auf die eigen n-/soziale Beziehungen pflegen, ein ütter-/väterspezifische Probl	ee Gesundheit und Ernährung al er Beschäftigung sowie eigenei lemkonstellation relevant Tod des Partners/	t sind beeinträchtigte Mutter-/Va Kind Beziehung Überforderungssituation a
(bei	Intextfaktoren, die für die mit Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung Erziehungs-schwierigkeiten	ütter-/väterspezifische Probl fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner Pflege von Familienangehörigen	lemkonstellation relevant Tod des Partners/ naher Angehöriger Teenager-	t sind beeinträchtigte Mutter-/Va Kind Beziehung Überforderungssituation a Arbeitsplatz/in der Schule sprachliche Verständigung schwierigkeiten
(bei	ispielsweise Entscheidungen treffen isliches Leben organisieren, Familier intextfaktoren, die für die mit Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung Erziehungs-schwierigkeiten Schwierigkeiten bei der Pro (Alltagsprobleme)	itter-/väterspezifische Probleme/ fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner Pflege von Familienangehörigen blembewältigung	lemkonstellation relevant Tod des Partners/ naher Angehöriger Teenager- schwangerschaft	t sind beeinträchtigte Mutter-/Va Kind Beziehung Überforderungssituation a Arbeitsplatz/in der Schule sprachliche Verständigung schwierigkeiten besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeit
(bei	Intextfaktoren, die für die mit Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung Erziehungs-schwierigkeiten bei der Pro (Alltagsprobleme) mangelnde Grundkompeter mit den Aufgaben einer Mutispielichen selben der Kundererziehung	itter-/väterspezifische Probleme/Trennung vom Partner Pflege von Familienangehörigen blembewältigung nzen im Zusammenhang tier/soziale Beziehungen, auf die eigen, ein pflege von Familienangehörigen prennung vom Partner	lemkonstellation relevant Tod des Partners/ naher Angehöriger Teenager- schwangerschaft soziale Isolation	t sind beeinträchtigte Mutter-/Va Kind Beziehung Überforderungssituation a Arbeitsplatz/in der Schule sprachliche Verständigung schwierigkeiten besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeite Arbeitslosigkeit
(bei	Intextfaktoren, die für die mit Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung Erziehungs-schwierigkeiten bei der Pro (Alltagsprobleme) mangelnde Grundkompeter mit den Aufgaben einer Mutarischen Mutarische	itter-/väterspezifische Probl fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner Pflege von Familienangehörigen blembewältigung nzen im Zusammenhang tter/eines Vaters id durch häufig oder tensauffällige oder behinderte	lemkonstellation relevant Tod des Partners/ naher Angehöriger Teenager- schwangerschaft soziale Isolation finanzielle Sorgen ständiger Zeitdruck	t sind beeinträchtigte Mutter-/Va Kind Beziehung Überforderungssituation a Arbeitsplatz/in der Schule sprachliche Verständigung schwierigkeiten besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeit drohender Arbeitsplatzver

Krankenkasse bzw. Koste	enträger Fi	eigabe 2	9.03.2018
7. u.m.o.m.asso 22m 10sts	and age.		
Name, Vorname des Vers	icherten	.teľ	
	was N	lusio.	geb. am
Verbir	ndliches N		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr		Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Date	um

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

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

64 Teil A

ı.	Vorsorgerelevante Gesund	lheitsstörungen/Erkrank	tungen	
A.	Vorsorgerelevante Gesundheitss (Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu		kofaktoren	
В.	Vorsorgerelevante Erkrankunge	n in der Reihenfolge ihrer Be	deutung	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
II.	Vorsorgebedürftigkeit			
A.	Kurze Angaben zur Anamnese			
	Vorübergehende Beeinträchtigu			
	(beispielsweise Entscheidungen treffen, i häusliches Leben organisieren, Familien-	mit Stress umgehen, auf die eigene (Gesundheit und Ernährung ach	ten, Hausarbeiten erledigen,
C.	Kontextfaktoren, die für die müt Mehrfachbelastung	ter-/väterspezifische Problei fehlende Anerkennung	nkonstellation relevant : ☐ Tod des Partners/ ☐	sind beeinträchtigte Mutter-/Vater-
	durch Beruf/Familie mangeInde Unterstützung	der Mutter-/Vaterrolle Partner-/ Eheprobleme/	naher Angehöriger Teenager-	Kind Beziehung Überforderungssituation am
	bei der Kindererziehung	Trennung vom Partner	schwangerschaft	Arbeitsplatz/in der Schule
	Erziehungs- schwierigkeiten	Pflege von Familienangehörigen	soziale Isolation	sprachliche Verständigungs- schwierigkeiten
	Schwierigkeiten bei der Prob (Alltagsprobleme)	lembewältigung	finanzielle Sorgen	besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeiten
	mangelnde Grundkompetenz mit den Aufgaben einer Mutte		ständiger Zeitdruck	drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit
	erhöhter Betreuungsaufwand chronisch erkrankte, verhalte Kinder, frühgeborene Kinder,	nsauffällige oder behinderte	allein erziehend	nicht gleichberechtigte Stellunder Frau / des Mannes in der Familie
	andere Kontextfaktoren; ggf. nähe	ere Erläuterungen		
	Ausfertigung für den Arzt			

Muster 64 Ab (10.2018)

	Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	64 Teil B
Ш	. Krankenbehandlung und andere Maßna	hmen		
A.	Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interv	entionen einschließl	ich Arzneimittel-/Heiln	nitteltherapie
	Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels	s nicht ausreichend / ı	nicht zielführend	
В.	Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulur Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Reg		t/Funktionstraining, Wahrnel	hmung von Beratungs- und
IV	. Vorsorgeziele			
	Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesur	ndheitsstörungen/Er	krankungen, Kontext-	und Risikofaktoren
	Zuweisungsempfehlungen	una filiu Militan a dan N	Jütan naah S 04 SOR W	. ala
A.	Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorson Mütter-Leistung Väter-Leistur		utter-Kind-Leistung	Vater-Kind-Leistung
	Water Edistang	ig ivi		
В.	Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen wer			Belastete Psychosoziale Mutter-/ /ater-Kind- Psychosoziale Gründe/ Betreuung
	Name des Kindes	Geburtsdatum	notwendigkeit*	Beziehung notwendiğ
1.				
2.				
3.	Das "Ärztliche Attest Kind" (Muster 65) nur ausfüllen bei Beha Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kind		ronischer Erkrankung, Behin	derung oder bei psychischen
V	Sonstige Angaben	ici ai zij		
A.	Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barri spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung,	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
	ja, folgende			
В.	Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen War	tefrist von 4 Jahren	dringend medizinisch	notwendia
	ja, Erläuterung			
_	Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, gg	rf varliaganda Sahwangar	mahaft)	
Ο.	Sonstiges (2. b. besondere minweise zur neiseranigkeit, gg	n. vornegende Schwanger	scharty	
				Freigabe 29.03.2018
D.	Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer			bes Muster
				_{rbindliches} Mus ^{ter}
	ür das Ausstellen der ärztlichen Verordnung st die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig	Ausste	llungsdatum	
	A (); (ii) (ii) (ii) (iii) (i		Vertra	gsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

	Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	64 Teil B
Ш	. Krankenbehandlung und andere Maßna	hmen	'	
	Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interve		ich Arzneimittel-/Heil	mitteltherapie
	Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels	nicht ausreichend / r	nicht zielführend	
В.	Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulum Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Reg		t/Funktionstraining, Wahrne	hmung von Beratungs- und
IV	. Vorsorgeziele			
	Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesun	dheitsstörungen/Er	krankungen, Kontext-	und Risikofaktoren
V.	Zuweisungsempfehlungen			
Α.	Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsor	ge für Mütter oder \	/äter nach § 24 SGB \	/ als
	Mütter-Leistung Väter-Leistun	ng M	utter-Kind-Leistung	Vater-Kind-Leistung
			s. Attest Kind	Belastete Psychosoziale Mutter-/ Gründe/
B.	Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werd Name des Kindes	den sollen Geburtsdatum		Vater-Kind- Betreuung Beziehung notwendig
1.		TMMJ	J	
2.		TMMJ	J	
3.		TMMJ	J	
*	Das "Ärztliche Attest Kind" (Muster 65) nur ausfüllen bei Beha Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kind		ronischer Erkrankung, Behi	nderung oder bei psychischen
VI	.Sonstige Angaben			
A.	Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrie spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, L			
	ja, folgende			
В.	Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen War	tefrist von 4 Jahren	dringend medizinisch	notwendig
	ja, Erläuterung			
C.	Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggr	f. vorliegende Schwanger	schaft)	
				Freigabe 29.03.2018
				_
D.	Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer			hes Muster
				_{erbindliches} Mus ^{ter}
	ür das Ausstellen der ärztlichen Verordnung st die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig	Ausste	llungsdatum	
	-	TT	MMJJ Vertr	agsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Name, Vorname des Versicherten

Ausfertigung für den Arzt

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung

Ausfertigung für die Krankenkasse

ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ärztliches Attest Kind

zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V

65

ı.	Kurze Angaben zur Anamnese		
II.	Vorliegende Gesundheitsprobleme		
A.	Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z.B. Atem Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)	vegsinfekte über d	las alterstypische
			B: 11" 1
B.	Erkrankungen		Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
C.	Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)		
Ш	Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen		
IV.	Empfohlene Interventionen während der Maßnahme		
V.	Hinweise für die Zuweisung		
Α.	Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)		
	ja, folgende		
			iches Muster
		- hindl	Iches
		Aein.	

Ausstellungsdatum

Muster 65a (10.2018)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Freigabe 29.03.2018 Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Versicherten-Nr. Status Kostenträgerkennung Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Ärztliches Attest Kind

zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V

I. Kurze Angaben zur Anamnese	
II. Vorliegende Gesundheitsprobleme	
A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B	Atamwagainfakta iibar daa altaratunisaba
Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)	. Atemwegsimekte über das alterstypische
	Diagnoseschlüsse
B. Erkrankungen	ICD-10-GM
C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)	
III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen	
IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme	
14. Emplomene interventionen wantend der Mabhanne	
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	
ju, roigonido	
	Verbindliches Muster
	-hindliche
Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung	/eis.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 65b (10.2018)

Ausstellungsdatum

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung

Ausfertigung für den Arzt

ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

	Freigabe 01.09.2014	1	Dahandlun	a a la la		70
Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten	geb. am		sowie der "Richt	zur künstlichen B dinien über künstl	iche Befruc	70 gemäß § 27a SGB V chtung" des ier genannten Ehegatten
Kostenträgerkennung Versicherter	n-Nr. Status		Indikation(en		tlinien über	künstliche Befruchtung
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr.	 Datum	_				
Detrieusstatterrivi. Alzirivi.	Datum					
Das folgende Personalfeld ist an dieser						
ausfüllen oder Personalfeldaufkleber ver Krankenkasse bzw. Kostenträger	wenden (auch auf dem Durchschlay).	Ш	Geplante Bel	nandlungsmaß	Bnahme	
Name, Vorname des Versicherten			Insemination	n im Spontanzyklus	s (gemäß Nr	r. 10.1)
	geb. am		Insemination	n nach hormoneller	Stimulation	n (gemäß Nr. 10.2)
			In-Vitro-Fert	ilisation mit Embry	otransfer (g	emäß Nr. 10.3)
Kostenträgerkennung Versicherter	n-Nr. Status	-	Intratubarer-	Gameten-Transfer	(gemäß Nr.	10.4)
			Intracytopla	smatische Spermie	eninjektion (gemäß Nr. 10.5)
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum		Anzahl und Art be	ereits erfolgter emäß Nr. 10.1-10.5	z)	
Auflistung der Positio a Kosten für einmalig anfallende Leistung Ärztliche Behandlung Summe Ärztliche Behandlung (Euro) Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro) Gesamtsumme für einmalig im	nen ggf. auf separatem Beibla im Reproduktionsfall en	b	ostenschätzungen s Kosten pro Zyklu Reproduktionsfal		liche Kostens g im Ingen)	schen Einzelfallerfordernisse. spanne in Euro anzugeben. Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
IV Genehmigung			Der Behandlungs	-/Kostenplan wird		
Vorbehandlungen sind z die Anzahl der genehmig Bei einer Genehmigung der 3. IVF- oder ICSI-Zyl einem von 2 Behandlun gefunden hat. Bei Insem	sige Höchstzahl anzurechnenden u berücksichtigen und verringern	t 1 1 -	nicht gener (separate Beanbei)		2	Stempel und Unterschrift der Krankenkasse,
Nach § 27a SGB V sind (inklusive Medikamente Eigenanteil des Patient nung der Gesamtkosten vertraglich vereinbarten erst nach Beendigung d Bei Änderung der Behar II) sowie spätestens na Genehmigung ist ein ner	d 50% der entstehenden Kosternkosten, siehe Abschnitt III bjen. Eine abschließende Berechkann – u. a. in Abhängigkeit des Punktwertes in Cent bzw. Euro – er Behandlung erfolgen. Indlungsmethode (siehe Abschnitt ch Ablauf eines Jahres seit der Behandlungsplan vorzulegen. Inigung zum Verbleib beim) - s - t r	für maximal nicht gener (separate Beanbei) Ort		3	auch auf dem Durchschlag Verbindliches Muster Verbindliches Muster Verbindliches Muster

Muster 70 a (10.2014)

	Fre	igabe 01.09.2014	1	Da	من بالم من ما				70
Krankenkasse bzw. Kostentr Name, Vorname des Versich	ager	geb. am	_	für I	ie der "Richt	zur künstlich Elinien über	chen Befruchtung künstliche Befru	g gemäß § 27a SGB V ichtung" des nier genannten Ehegat	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	1		ikation(en	•	er Richtlinien ühel	r künstliche Befruchtun	na
				90111	ab I tallillolli	7111 7110 0		ranomene Bendentan	9
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum							
		icht bedruckbar. Bitte von Hand							
ausfüllen oder Personalfeld. Krankenkasse bzw. Kostentr		<u>.</u>	Ш	Ge	olante Bel	nandlung	ısmaßnahme		
Name, Vorname des Versich	erten				Insemination	n im Sponta	anzyklus (gemäß N	Ir. 10.1)	
		geb. am			Insemination	n nach horm	noneller Stimulatio	on (gemäß Nr. 10.2)	
					In-Vitro-Fert	ilisation mit	Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	-		Intratubarer-	-Gameten-T	ransfer (gemäß Ni	r. 10.4)	
Rostermagerkermung	versicherten-ivi.	Status			Intracytopla	smatische S	Spermieninjektion	(gemäß Nr. 10.5)	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	-		ahl und Art be				
				Beha	andlungen (g	emäß Nr. 10	0.1-10.5)		
a Kosten für anfallende	einmalig im Riceistungen ehandlung (EBI tlliche	eproduktionsfall	b b	Kost Repri Ärztl Sum Beha (Euro Med kosto (Euro Sach Spre beda	me Ärztliche andlung b) ikamenten-en b) hkosten und echstunden-arf (Euro) amtsumme Zyklusfall	sfall (ohne d I anfallende	einmalig im e Leistungen)	Negranne in Euro anzugeb	
Die auf die jet Vorbehandlun die Anzahl de Bei einer Gen der 3. IVF- od einem von 2 gefunden hat. die Genehmig erteilt werden Nach § 27a S (inklusive Me Eigenanteil de nung der Ges vertraglich ver gerst nach Bee	weils zulässige Hegen sind zu berür genehmigten Zyehmigung für 3 l'er ICSI-Zyklus ur Behandlungszykl. Bei Insemination ung für bis zu 8 dikamentenkostes Patienten. Eir amtkosten kann reinbarten Punktyndigung der Beh	öchstzahl anzurechnenden cksichtigen und verringern yklen. VF- oder ICSI-Zyklen steht ter dem Vorbehalt, dass in en eine Befruchtung statten im Spontanzyklus kann in Folge geplante Zyklen der entstehenden Kosten en, siehe Abschnitt III b) ne abschließende Berech-u. a. in Abhängigkeit des wertes in Cent bzw. Euro andlung erfolgen.	t	für n	naximal nicht gener (separate Beanbei)	Zyklen/z	Zyklus genehmigt Datum T T M M J J Zyklus genehmigt	Stempel und Unterschrift der Krank auch auf dem Durchsc	hlag
II) sowie spät Genehmigung	testens nach Ab ist ein neuer Bel	smethode (siehe Abschnitt lauf eines Jahres seit der handlungsplan vorzulegen. enärztliche Vereinigung	r	Ort	(separate Beanbei)		Datum	Verbindliches Mul	kenkasse,
							I I IVI IVI J J	auch auf dem Durchsc	hlag

Muster 70b (10.2014)

Krankenkasse bzw. Kostenträger	կ	Folge-Behandlungsplan	70A
Name, Vorname des Versicherten geb. am		zum Behandlungsplan vom TIT MM JJ für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ge sowie der "Richtlinien über künstliche Befrucht Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier	tung" des
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	-	Indikation(en) gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über kü	instliche Befruchtung
Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar. Bitte von Han			
ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden (auch auf dem Durchschlag). Krankenkasse bzw. Kostenträger	ı H	Geplante Behandlungsmaßnahme	
Name, Vorname des Versicherten		Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10	0.1)
geb. am		Insemination nach hormoneller Stimulation (c	
		In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gem	•
		Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ger	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		Anzahl und Art bereits ohne Eintritt einer klinisch r	
		Schwangerschaft erfolgter Behand- lungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)	
	latt. K	glichen Änderung der diagnostischen und therapeutisch Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostensparkostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostensparkostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostensparkostenschaften als durchschnittliche Kostensparkostensparkostenschaften als durchschnittliche Kostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensparkostensp	
IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n) Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnende Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringer die Anzahl der genehmigten Zyklen. Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Genehm gung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen (eir schließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klinisc nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, di jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat. Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Koste (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III ist.	rn i- i- i- ie en o)		empel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag
Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit de vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen. Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehm gung sowie bei Änderung der Behandlungsmethode is ein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen. Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt	es - i-	Ort Datum	erbindliches Muster empel und Unterschrift der Krankenkasse,

Muster 70Aa (10.2014)

Krankenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 01.09.201	4	Folge-Behandlungsplan 70A
Name, Vorname des Versicherten geb. am		zum Behandlungsplan vom TITMMJJJ für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der "Richtlinien über künstliche Befruchtung" des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten Indikation(en)
Kostenträgerkennung Versi <mark>cherten-Nr. Status</mark>		gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		
Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar. Bitte von Ha	and	
ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden (auch auf dem Durchschlag	g).	
Krankenkasse bzw. Kostenträger	II	Geplante Behandlungsmaßnahme
Name, Vorname des Versicherten		Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)
geb. am		Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)
gootain		
		In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)
Deuteusstatteri-Nt. Arzt-Nt. Datum		Anzahl und Art bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft erfolgter Behand-
		lungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)
		glichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. ostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben. 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 anzurechnenc Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringe		Der Behandlungs-/Kostenplan wird für maximal Zyklen/Zyklus genehmigt
die Anzahl der genehmigten Zyklen. Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Genehrigung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen (eschließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klinis nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat. Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosi	mi- ein- sch die	nicht genehmigt (separate Begründung anbei) Ort Datum T_T M_M J_J Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag
(inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Bered nung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit overtraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Eur erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen. Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehigung sowie bei Änderung der Behandlungsmethode ein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen.	ch- des o - mi-	für maximal Zyklen/Zyklus genehmigt nicht genehmigt (separate Begründung anbei) Nerbindliches Muster
Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigun	g	Ort Datum T T M M J J Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag Muster 70Ab (10.2014)

Krankenkasse		
Name		
Vorname		Geburtsdatum
Anschrift		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status

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

		Qu	arta	
gültig für	Q	J	J	

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.





86

Weiterleitungsbogen für angeforderte Informationen an den MD

wichtiger Hinweis: Bitte verwenden Sie den Weiterleitungsbogen als erste Seite im Briefumschlag für Ihre Antwort!

		Aktenzeichen Mitteilungsmanagement (MiMa)
Γ	Freigabe 20.12.202 2	
Deutsche Post 💢		Krankenkasse
		Name der Krankenkasse
		Straße
		PLZ Ort
		Leistungsbereich
		-
		Ansprechpartner Krankenkasse
		Vorname, Name
		Telefon
		Fax
		E-Mail
Cohy goobyta Damon und Hayron		
Sehr geehrte Damen und Herren,		
anliegend übermitteln wir Ihnen die	für den Versicherten von der Krankenl	kasse angeforderte Informationen in Kopie.
Daten des Versicherten		
Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße		
Strane		
PLZ Ort		
KV-Nummer		
Aktenzeichen Krankenkasse		