

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

# **Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V**

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

IK des Leistungserbringers

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)	
Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

## **Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen**

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum		Datum	Unterschrift des Therapeuten
1. Durchschlag zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer		Datum	Unterschrift des Patienten
		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	