

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 Leistungserbringens

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

Meldungsnummernstempel / Unterschrift des Antrags-

Datum Unterschrift des Therapeuten

Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes