

# Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

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

Diagnose  
(*ICD-10-Code*) \_\_\_\_\_

Schweregrad  
(*lt. GAF-SKALA*) \_\_\_\_\_

Erkrankung besteht seit (falls bekannt) \_\_\_\_\_

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

---



---



---

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

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

---



---



---

#### Angaben des Versicherten

Straße

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

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

#### Angaben des nächsten Angehörigen

Name

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

#### Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt?  Nein  Ja

Name

Straße \_\_\_\_\_

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten \_\_\_\_\_

Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer der Therapie \_\_\_\_\_

Bereits durchgeführte Leistungen \_\_\_\_\_

Prognose

---



---

Krankenhausbehandlung

wird vermieden

wird verkürzt

ist nicht ausführbar

Begründung

---



---

**Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigefügt!**

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

Datum

**Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer**