

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

<p>Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
2. Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt		Datum	Unterschrift des Patienten
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes			