

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

## Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten

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

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

Krankenhausbehandlung  wird vermieden

wird verkürzt  ist nicht ausführbar

### Erklärung des Arztes

Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu

Name des soziotherapeutischen Leistungserbringers

Straße \_\_\_\_\_

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

Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.

Datum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### Soziotherapeutischer Leistungserbringer

Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

IK des Leistungserbringers \_\_\_\_\_

### Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum \_\_\_\_\_ Leistung \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---

### Bemerkungen zur Abrechnung

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_ Geldinstitut \_\_\_\_\_

*Diese Ausfertigung ist vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!*

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers