

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 _____

Datum _____

Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer _____

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers