

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

**Erstbescheinigung**

**Folgebescheinigung**

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

--	--	--	--	--	--	--	--

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

--	--	--	--	--	--	--	--

festgestellt am

--	--	--	--	--	--	--	--

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse**

**AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)**

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code



sonstiger Unfall,  
Unfallfolgen

Versorgungs-  
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur  
medizinischen Rehabilitation

stufenweise  
Wiedereingliederung

Sonstige

**Im Krankengeldfall**

ab 7. AU-Woche oder  
sonstiger Krankengeldfall

Endbescheinigung

# Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

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

**Erstbescheinigung**

**Folgebescheinigung**

Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

--	--	--	--	--	--	--

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

--	--	--	--	--	--	--

festgestellt am

--	--	--	--	--	--	--

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber**

**Arbeitsunfähigkeits- 1  
bescheinigung**

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

**Erstbescheinigung**

**Folgebescheinigung**

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

festgestellt am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Ausfertigung für Versicherte**

**AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)**

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
_____	_____	_____
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
_____	_____	_____
_____	_____	_____

sonstiger Unfall,  
Unfallfolgen

Versorgungs-  
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur  
medizinischen Rehabilitation

stufenweise  
Wiedereingliederung

Sonstige \_\_\_\_\_

**Im Krankengeldfall**  ab 7. AU-Woche oder  
sonstiger Krankengeldfall  Endbescheinigung

**Hinweis für Versicherte zum Krankengeld**  
Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens am dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. Wenn Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Ihnen die Bescheinigung für die Krankenkasse aushändigt, müssen Sie diese innerhalb von einer Woche an Ihre Krankenkasse weiterleiten. Bei verspäteter Vorlage der Bescheinigung bei der Krankenkasse oder lückenhaftem Nachweis der Arbeitsunfähigkeit droht Krankengeldverlust. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

**Arbeitsunfähigkeits- 1  
bescheinigung**

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

**Erstbescheinigung**

**Folgebescheinigung**

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

festgestellt am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung zum Verbleib beim Arzt**

**AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)**

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
_____	_____	_____
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
_____	_____	_____
_____	_____	_____

sonstiger Unfall,  
Unfallfolgen

Versorgungs-  
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur  
medizinischen Rehabilitation

stufenweise  
Wiedereingliederung

Sonstige \_\_\_\_\_

<b>Im Krankengeldfall</b>	<input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall	<input type="checkbox"/> Endbescheinigung
---------------------------	---	---

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Diagnose

---

---

---

---

---

 Belegarzt-  
behandlung Notfall Unfall,  
Unfallfolgen Versorgungs-  
leiden (BVG)

Nächstreichbare, geeignete Krankenhäuser

---

---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.

Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.

*Vom Krankenhaus auszufüllen:*

Krankenhausaufnahme

erfolgt(e) am \_\_\_\_\_

**Freigabe 01.09.2014**

**Verbindliches Muster**

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

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

<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

---

Diagnose

---

---

---

---

---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!**

Untersuchungsergebnisse \_\_\_\_\_

---

---

---

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) \_\_\_\_\_

---

---

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) \_\_\_\_\_

---

Mitgegebene Befunde \_\_\_\_\_

---

---

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

<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

---

Diagnose

---



---



---



---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!**

Untersuchungsergebnisse \_\_\_\_\_

---



---

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) \_\_\_\_\_

---

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) \_\_\_\_\_

Mitgegebene Befunde \_\_\_\_\_

---



**Zeugnis über den  
mutmaßlichen Tag  
der Entbindung****3****Ausfertigung für die Krankenkasse**

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

Zum Nachweis gegenüber der Krankenkasse  
(Beantragung von Mutterschaftsgeld) bescheinige ich,  
dass die oben bezeichnete Versicherte  
voraussichtlich entbinden wird am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Die Bescheinigung erteile ich auf Grund der  
von mir vorgenommenen Untersuchung am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Ggf. besondere Feststellungen

---



---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



**Freigabe 01.09.2014**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.



Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

## Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

3

**Ausfertigung für die Versicherte**  
(z.B. zur Vorlage beim Arbeitgeber)

Die Bescheinigung erteile ich auf Grund der  
von mir vorgenommenen Untersuchung am

T T M M J J

T T M M J J

Ggf. besondere Feststellungen

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

## Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

Unfall, Unfallfolgen  
  Arbeitsunfall, Berufskrankheit  
  Versorgungsleiden (BVG u.a.)  
  sonstiger Schaden

### 1. Hauptleistung

#### A) im Krankenhaus

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär  
 Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

#### B) ambulante Operation

ambulante Operation gem. § 115b SGB V  
 Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Behandlungsdaten

beim Vertragsarzt  
  im Krankenhaus  
  sonstige

### C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

#### Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

##### Hochfrequente Behandlung

gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)  
 vergleichbarer Ausnahmefall wegen

##### Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt  
 vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)

voraussichtliche Behandlungsfrequenz:  X pro Woche über  Monate

voraussichtliche Behandlungsdauer: \_\_\_\_\_

ggf. Zeitraum der Serienverordnung \_\_\_\_\_

### 2. Beförderungsmittel

Taxi, Mietwagen  
  Kranken-transportwagen  
  Rettungs-wagen  
  Notarzt-wagen  
  andere

#### Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

#### Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:

nein  
  Trage-stuhl  
  Nicht umsetzbar aus Rollstuhl  
  liegend  
  andere

#### Von Nach

		Wohnung		Hinfahrt		Rückfahrt
		Arztpraxis		Wartezeit (Dauer):		
		Krankenhaus		Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):		
		andere Beförderungswege				

#### Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

nein  
  ja, folgende:

Verbindliches Muster

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes





# Überweisungsschein

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

Kurativ   
  Präventiv   
  Behandl. gemäß § 116b SGB V   
  bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen   
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Quartal: **Q J J**   
 Geschlecht: **W M**

Überweisung an \_\_\_\_\_

Ausführung von Auftragsleistungen   
  Konsiliaruntersuchung   
  Mit-/Weiterbehandlung

AU bis: **T T M M J J**

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

**Diagnose/Verdachtsdiagnose**

---



---

**Befund/Medikation**

---



---

**Auftrag**

---



---



---



---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

# Überweisung

## Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen

### Diagnosen/Indikation zur Psychotherapie:

---



---



---



---

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

### Information für den Arzt:

---



---



---



---



---



---

*Der Konsiliarbericht ist dem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichentherapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.*

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Stempel / Unterschrift des Therapeuten



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

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rechnungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Belegnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Befund:** Änderung um mindestens 0,5 Dioptrien ja  nein

Erstversorgung  Folgeversorgung

Wenn nein, wird eine Verbesserung der Sehschärfe um mindestens 20% erzielt? ja

Unfall, Unfallfolgen  Versorgungsleiden (BVG)

Sehbehinderung mindestens WHO 1

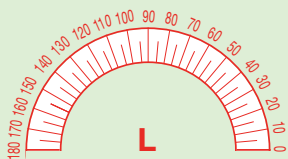
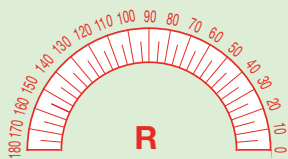
Reparatur  Ersatz

**Menge und Art der Verordnung:**

--

**Diagnose/Begründung:**


							Kostenrechnung des Leistungserbringers		
		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitelabstand	10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro
<b>F</b>	<b>R</b>			°					
	<b>L</b>			°					
<b>N</b>	<b>R</b>			°					
	<b>L</b>			°					
								<b>Rechnungsbetrag</b>	



**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)

Ich erkläre,  dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe  
 dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist

Datum

Unterschrift des Versicherten

## Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

in Höhe des geltenden Festbetrages

in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

Datum

**Verbindliches Muster**

## Empfangsbestätigung

\_\_\_\_\_ Glas / Gläser bzw. Kontaktlinsen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)

## Bescheinigung des Leistungserbringers

Die Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst.  
Ich versichere, dass die gelieferte Sehhilfe der Verordnung entspricht.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Datum

**Freigabe 01.09.2014**

## Zur Beachtung für den Versicherten

Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag.  
Die **Lieferung anderer Ware** anstelle der verordneten Sehhilfen ist **nicht gestattet**.



## Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)

Ich erkläre,  dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe  
 dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist

Datum

Unterschrift des Versicherten

## Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

in Höhe des geltenden Festbetrages

in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

Datum

## Empfangsbestätigung

\_\_\_\_\_ vergrößernde Sehhilfen

Datum

Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)

## Bescheinigung des Leistungserbringers

Die vergrößernde Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst.  
Ich versichere, dass die gelieferte vergrößernde Sehhilfe der Verordnung entspricht.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Datum

**Verbindliches Muster**

**Freigabe 01.09.2014**

## Zur Beachtung für den Versicherten

Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag.  
Die **Lieferung anderer Ware** anstelle der verordneten vergrößernden Sehhilfen ist **nicht gestattet**.

# Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten

9

*(Diese Bescheinigung erübrigt sich bei Mehrlingsgeburten)*

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

Bei der Entbindung hat es sich um eine Frühgeburt gehandelt:

Entbindungs-  
datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

## Begründung: \*

Das Geburtsgewicht beträgt **weniger als 2500 Gramm**,  
nämlich     Gramm

Das Geburtsgewicht beträgt 2500 Gramm oder mehr, **es besteht jedoch wesentlich erweiterte Pflegebedürftigkeit** wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen (Rumpf - Haut - Fettpolster - Nägel - Haare - äußere Geschlechtsorgane).

Das Geburtsgewicht beträgt 2500 Gramm oder mehr, **es besteht jedoch wesentlich erweiterte Pflegebedürftigkeit** wegen verfrühter Beendigung der Schwangerschaft.

\* (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung! Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an Telefon Nr. Fax Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum Abnahmezeit

ggf. Kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Behandlung gemäß § 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

**Freigabe 01.09.2014**

Verbindliches Muster

Krankenkasse bzw. Kostenträger

---

Name, Vorname des Versicherten geb. am

---

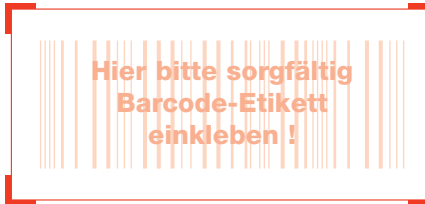
Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status

---

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

## Anforderungsschein für Laboratoriums- untersuchungen bei Laborgemeinschaften

Kurativ   
  Präventiv   
  bei belegärztl. Behandlung   
  Unfall, Unfallfolgen



ggf. Kennziffer

--	--	--	--	--

Geschlecht

W	M
---	---



Diagnosen

---

Abnahmedatum

Abnahmezeit

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

h	h	m	m
---	---	---	---

<input type="checkbox"/> Befund eilt		Serum Vollblut		Glukose			
<b>EDTA</b>		<input type="checkbox"/> alkalische Phosphatase	13	<input type="checkbox"/> Eiweiß gesamt	26	<input type="checkbox"/> Glukose 1	51
<input type="checkbox"/> großes Blutbild	2			<input type="checkbox"/> Gamma GT	27	<input type="checkbox"/> Glukose 2	52
<input type="checkbox"/> kleines Blutbild	3	<input type="checkbox"/> Amylase	14	<input type="checkbox"/> Glukose	28	<input type="checkbox"/> LDH	41
<input type="checkbox"/> HbA1c	4	<input type="checkbox"/> ASL	15	<input type="checkbox"/> GOT	29	<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	42
<input type="checkbox"/> Retikulozyten	5	<input type="checkbox"/> Bilirubin direkt	16	<input type="checkbox"/> GPT	30	<input type="checkbox"/> Lipase	43
<input type="checkbox"/> Blutsenkung	6	<input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt	17	<input type="checkbox"/> Harnsäure	31	<input type="checkbox"/> Natrium	44
<input type="checkbox"/> Diff. Blutbild (Ausstrich)	7	<input type="checkbox"/> Calcium	18	<input type="checkbox"/> Harnstoff	32	<input type="checkbox"/> OP-Vorbereitung (32125)	45
		<input type="checkbox"/> Cholesterin	19	<input type="checkbox"/> HBDH	33		<input type="checkbox"/> Status
<b>Citrat</b>		<input type="checkbox"/> Cholinesterase	20	<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	34	<input type="checkbox"/> Phosphat, anorganisches	46
<input type="checkbox"/> Quick	8	<input type="checkbox"/> CK	21	<input type="checkbox"/> IgA	35	<input type="checkbox"/> Transferrin	47
<input type="checkbox"/> Quick unter Marcumar-Therapie	9	<input type="checkbox"/> CK-MB	22	<input type="checkbox"/> IgG	36	<input type="checkbox"/> Triglyceride	48
		<input type="checkbox"/> CRP	23	<input type="checkbox"/> IgM	37	<input type="checkbox"/> TSH basal	49
<input type="checkbox"/> Thrombinzeit	10	<input type="checkbox"/> Eisen	24	<input type="checkbox"/> Kalium	38	<input type="checkbox"/> TSH nach TRH	50
<input type="checkbox"/> PTT	11	<input type="checkbox"/> Eiweiß Elektrophorese	25	<input type="checkbox"/> Kreatinin	39	<input type="checkbox"/> Sonstiges	61
<input type="checkbox"/> Fibrinogen	12						

## Bericht für den Medizinischen Dienst

Der behandelnde Arzt wird gebeten, den nachstehenden Berichtsvordruck auszufüllen und Röntgen-, Labor- und andere Spezialbefunde sowie Krankenhausberichte und dergleichen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung zu stellen. Dieser Vordruck ist dann nicht auszufüllen, wenn spätestens am Tage der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst die Arbeitsunfähigkeit beendet ist.

Datum der letzten Untersuchung 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Diagnose \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Befunde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitbehandlung  nein  ja, im Fachbereich \_\_\_\_\_

Es droht  eine Verschlimmerung des Leidens oder  Behinderung

Besondere Hinweise \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Patientin / Patient kann den Medizinischen Dienst nicht aufsuchen, weil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eine Begutachtung ist voraussichtlich nach 

--	--

 Tagen / Wochen möglich. (*Nichtzutreffendes streichen*)

Arbeitsfähig ab 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Voraussichtlich arbeitsfähig ab 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Folgendes ist mit der Bitte um Rückgabe beigelegt:

Röntgen-  
befund       Ultraschall-  
befund       EKG-  
befund

Labor-  
befund       Arzt- oder  
Krankenhausbericht

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Freigabe 31.10.2014**

**Verbindliches Muster**

Für den Bericht des Arztes ist die  
Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



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

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

--	--	--	--

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)


Erstverordnung  
  Folgeverordnung  
  Unfall

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Behandlungspflege**

Medikamentengabe, Präparate

--

*Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung*


Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Herrichten der Medikamentenbox  
 Medikamentengabe  
 Injektionen  
  herrichten  
  intramuskulär  
  subkutan

Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)  
  bei intensivierter Insulintherapie

--	--	--	--	--

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen  
  rechts  
  links  
  beidseits  
 Kompressionsstrümpfe ausziehen  
 Kompressionsverbände anlegen  
  Kompressionsverbände abnehmen


Stützende und stabilisierende Verbände, Art

--	--	--	--	--

Wundversorgung, Präparate

--

--

	Lokalisation	aktuelle Größe	aktueller Grad				
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung							
<input type="checkbox"/> andere Wundverbände							

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege


Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

	Anzahl
--	--------

**Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung**

Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V  
 Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V  
 Grundpflege  
 hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Weitere Hinweise


Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege**

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom  bis

<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt	<input type="checkbox"/> im Haushalt einer sonstigen Person	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen
<input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung
<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform		

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ  Ort

Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden

Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person **nicht** erbracht werden

Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Datum

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

**Angaben des Pflegedienstes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)**

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom  bis

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (*Vertragspartner gem. § 132a Abs. 2 SGB V*)

Name des Pflegedienstes

Straße, Haus-Nr

PLZ  Ort

Institutionskennzeichen Pflegedienst

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)

Telefonnummer des Pflegedienstes  Fax-Nr. des Pflegedienstes

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes

Datum

**Verbindliches Muster**

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

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

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

--	--	--	--

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)


Erstverordnung   
  Folgeverordnung   
  Unfall

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Behandlungspflege**

Medikamentengabe, Präparate

--

*Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung*

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Herrichten der Medikamentenbox  
 Medikamentengabe  
 Injektionen   
  herrichten   
  intramuskulär   
  subkutan

Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)   
  bei intensivierter Insulintherapie

--	--	--	--	--

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen   
  rechts   
  links   
  beidseits  
 Kompressionsstrümpfe ausziehen  
 Kompressionsverbände anlegen   
  Kompressionsverbände abnehmen


Stützende und stabilisierende Verbände, Art

--	--	--	--	--

Wundversorgung, Präparate

--

	Lokalisation	aktuelle Größe	aktueller Grad				
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung							
<input type="checkbox"/> andere Wundverbände							

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege


Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

Anzahl
--------

**Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung**

<input type="checkbox"/> Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V	Häufigkeit		Dauer		
<input type="checkbox"/> Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<input type="checkbox"/> Grundpflege					
<input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung					

Weitere Hinweise


**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Pflegedienst

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

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen  
(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

Erstverordnung   
  Folgeverordnung   
  Unfall

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Behandlungspflege**

**Medikamentengabe, Präparate**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Herrichten der Medikamentenbox  
 Medikamentengabe  
 Injektionen   
  herrichten   
  intramuskulär   
  subkutan

*Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamte Verordnung*

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

**Blutzuckermessung**

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)   
  bei intensivierter Insulintherapie

--	--	--	--	--

**Kompressionsbehandlung**

Kompressionsstrümpfe anziehen   
  rechts   
  links   
  beidseits  
 Kompressionsstrümpfe ausziehen  
 Kompressionsverbände anlegen   
  Kompressionsverbände abnehmen


Stützende und stabilisierende Verbände, Art \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--

**Wundversorgung, Präparate**

	Lokalisation	aktuelle Größe	aktueller Grad
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> andere Wundverbände	_____	_____	_____


**Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

Anzahl

**Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung**

Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V  
 Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V  
 Grundpflege  
 hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

**Weitere Hinweise**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für den Vertragsarzt**



## Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum

T | T | M | M | J | J

Begründung bei Ablehnung

---

---

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

## Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Behandlungsabbruch

Datum

am T | T | M | M | J | J

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

---

---

**Freigabe 29.04.2016**

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

# Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IK des Leistungserbringers	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Hausbesuch
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Hausbesuch
Rechnungsnummer		
Belegnummer		

**Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)**

Behandlungsbeginn spätest. am: **T T M M J J**

Erstverordnung  
  Folgeverordnung  
  Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles  
  Hausbesuch Ja  Nein  
  Therapiebericht Ja  Nein

**Stimmtherapie**  
  **Sprechtherapie**  
  **Sprachtherapie**

Therapiedauer pro Sitzung: \_\_\_\_\_ Minuten  
 Verordnungsmenge: \_\_\_\_\_  
 Therapiefrequenz: \_\_\_\_\_ pro Woche

Indikationsschlüssel **Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)**

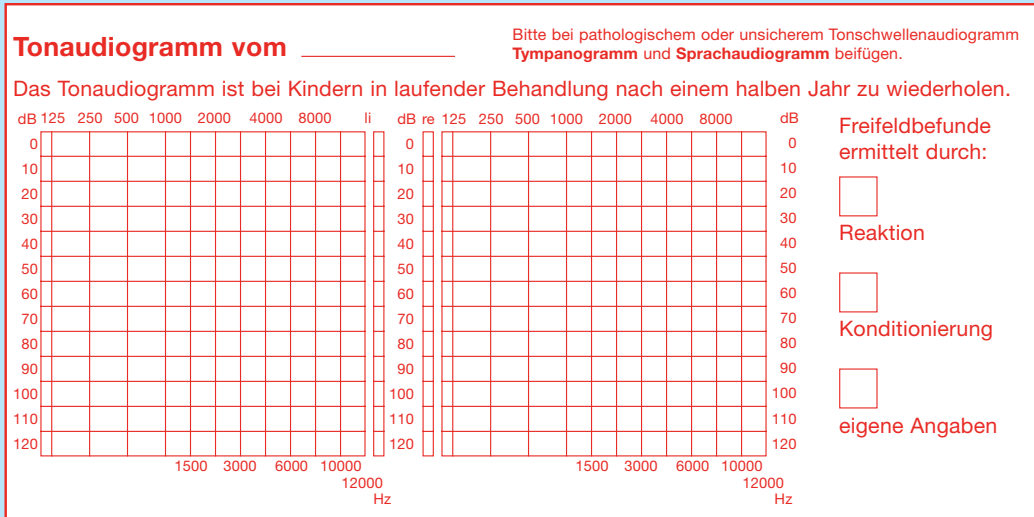
ICD-10 - Code \_\_\_\_\_

ICD-10 - Code \_\_\_\_\_

Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund)

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)



**Trommelfellbefund:**

Rechts \_\_\_\_\_

Links \_\_\_\_\_

**Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)**

Rechts      Links      Rechts      Links

Lupenlaryngoskopie: \_\_\_\_\_

Lupenstroboskopie      Rechts      Links

Amplitude

Randkantenverschiebung

Regularität       Ja       Nein

Kompletter Glottisschluss       Ja       Nein

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Begründung der Ablehnung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

## Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Therapieeinheiten erhalten zu haben

Datum	Minuten	Unterschrift des Versicherten	Datum	Minuten	Unterschrift des Versicherten
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

Datum

Behandlungsabbruch am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Freigabe 29.04.2016**

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

IK des Leistungserbringers

Rechnungsnummer

Belegnummer

Der Anspruchsberechtigte war schon Träger eines Gerätes ja  nein

Falls ja, warum entspricht das bisher getragene Gerät nicht mehr den Anforderungen?

Ohrbefund

Gehörgang normal  operativ erweitert  eng

Trommelfell intakt  durchlöchert  feucht

Rechts

R

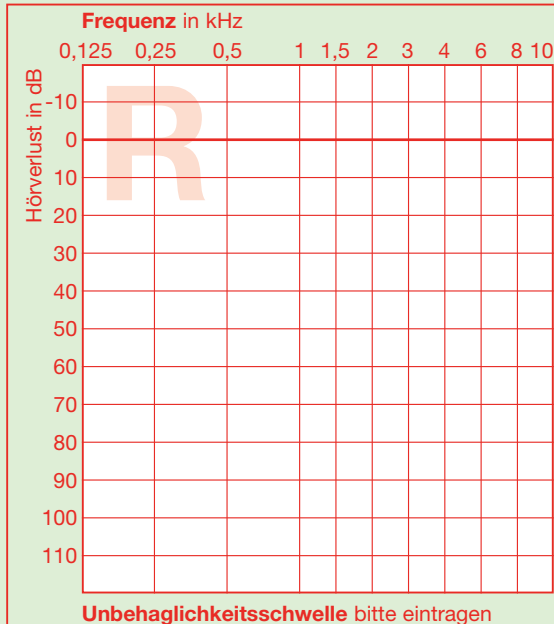
Links

L

Ohrbefund

Gehörgang normal  operativ erweitert  eng

Trommelfell intakt  durchlöchert  feucht

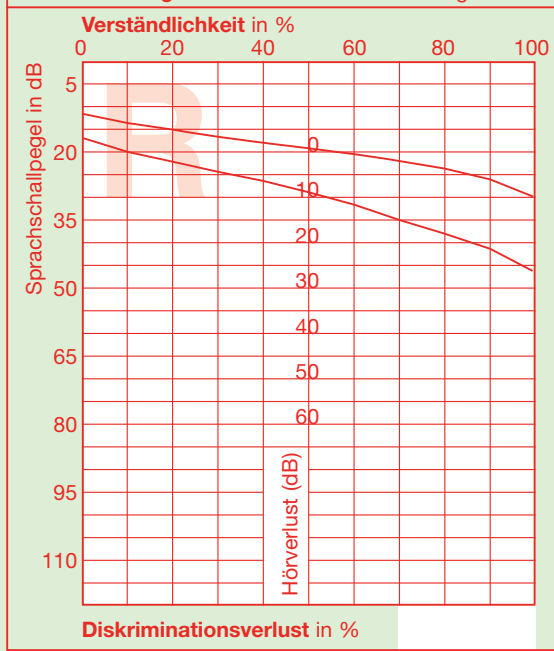
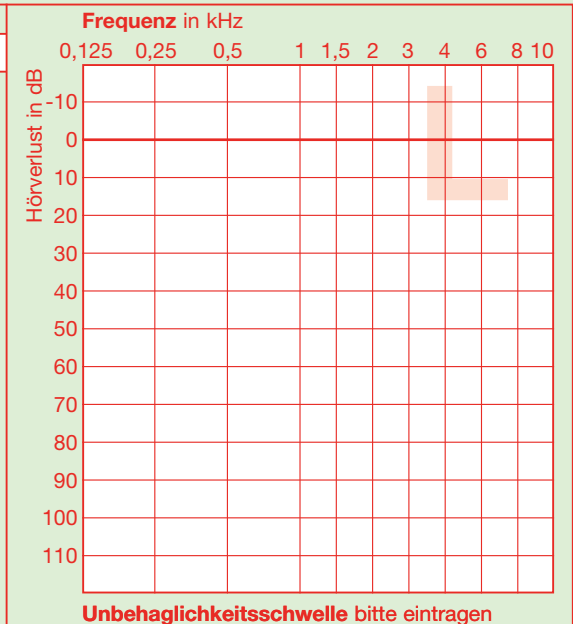


Weber bei 500 Hz

R med. L

Geräusch

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 dB



Impedanz

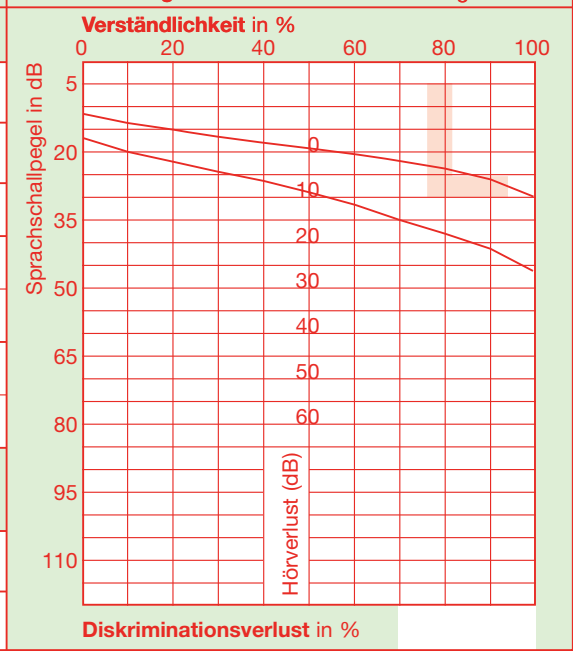
R Sondenohr L

MO-Druck mm H<sub>2</sub>O

dB HL dB SL Stapedius-Reflex dB HL dB SL

0,5 kHz 1 kHz 2 kHz 4 kHz

Fl. Spr. (Zahlen) Um. Spr. (Zahlen)



Diagnose

Hörhilfe ist notwendig rechts  links  beiderseits

Tinnitusmasker / Tinnitusinstrument notwendig

rechts  kHz verdeckbar dB  links  kHz verdeckbar dB

Die Schwerhörigkeit ist Folge von Unfall, Unfallfolgen  Versorgungsleiden (BVG)

Die audiometrischen Untersuchungen wurden von mir bzw. unter meiner Verantwortung vorgenommen

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Wichtiger Hinweis für den Versicherten

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Hörgeräte/Tinnitusmasker/Tinnitusinstrumente bis zu einem Festbetrag

## Kostenvoranschlag des Hörgeräteakustikers

Hörvermögen über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand ohne Hörgerät)

- a) mit Einsilbern \_\_\_\_\_ % oder  
b) mit Mehrsilbern \_\_\_\_\_ % (entsprechend DIN 45621) oder  
c) mit Sätzen \_\_\_\_\_ % (Marburger Satztest nach Niemeier)

Vergleich verschiedener Hörgeräte über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand)

	Nr. der Gruppe			Fabrikat Typ	Hilfsmittelpositionsnummer	Verstanden
	Zahlen	Wörter	Sätze			
A						
B						
C						
D						

Nach den durchgeführten Hörproben schlage ich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit folgende Versorgung vor

Gerät \_\_\_\_\_ Positionsnummer \_\_\_\_\_

Begründung \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Gesamtpreis \_\_\_\_\_ Euro

## Kostenvoranschlag für

Tinnitusmasker  Tinnitusinstrument

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Gesamtpreis \_\_\_\_\_ Euro

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

## Ärztliche Bescheinigung

Ich habe mich davon überzeugt, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird.  
Das vorgeschlagene Gerät ist zweckmäßig

Ich habe mich davon überzeugt, dass der Tinnitusmasker/das Tinnitusinstrument ausreichend zweckmäßig ist

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

## Leistung der Krankenkasse

Die Krankenkasse übernimmt \_\_\_\_\_ Euro

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am \_\_\_\_\_ die verordnete Hörhilfe

erhalten zu haben den verordneten Tinnitusmasker/  
das verordnete Tinnitusinstrument

Unterschrift des Empfängers \_\_\_\_\_

Freigabe 01.09.2014

## Raum für interne Vermerke der Krankenkasse

Verbindliches Muster

**Freigabe 01.09.2014**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr  
frei

Name, Vorname des Versicherten

Geb.-  
pfl.

noctu

geb. am

**Verbindliches Muster**

Sonstige

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Unfall

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Arbeits-  
unfall

BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9		

Zuzahlung	Gesamt-Brutto	
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe
1. Verordnung		
2. Verordnung		
3. Verordnung		

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut  
idem

aut  
idem

aut  
idem

6667

--	--	--	--	--	--

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

**Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

## Empfangsbestätigung für Hilfsmittel

Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers
<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

## Vermerke der Krankenkasse

**Verbindliches Muster**

**Freigabe 01.09.2014**

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 Euro) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.

**Heilmittelverordnung 18**  
**Maßnahmen der**  
**Ergotherapie/**  
**Ernährungstherapie**

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gesamt-Zuzahlung

--	--	--	--	--

Gesamt-Brutto

--	--	--	--	--

Heilmittel-Pos.-Nr.

--	--	--	--	--

Faktor

--	--

Heilmittel-Pos.-Nr.

--	--	--	--	--

Heilmittel-Pos.-Nr.

--	--	--	--	--

Faktor

--	--

Wegegeld-/Pauschale

--	--	--	--	--

Faktor

--	--

km

--	--	--

Faktor

--	--

Hausbesuch

--	--	--	--	--

Faktor

--	--

Hausbesuch

--	--	--	--

Rechnungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Belegnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)**

Erstverordnung   
  Folgeverordnung   
  Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätest. am  

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Hausbesuch**                      **Therapiebericht**  
 Ja     Nein                     
  Ja     Nein

Verordnungsmenge	<b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b>	Anzahl pro Woche

Indikationsschlüssel **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**

--	--	--	--

ICD-10 - Code

--	--	--	--

ICD-10 - Code

--	--	--	--

**Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten**

**Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele**

---

**Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)**

---



---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Begründung bei Ablehnung

---

---

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

## Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Behandlungsabbruch am 

Datum	T	T	M	M	J	J
-------	---	---	---	---	---	---

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

---

---

**Freigabe 28.07.2017**

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers









# Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

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

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

Wieviel Stunden täglich:

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit:

vom	bis	Stunden täglich	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zeitpunkt der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit absehbar?

ja, ggf. wann   z. Z. nicht absehbar

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

### Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten

### Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja  nein

nur unter folgenden Voraussetzungen:

Wird für die geleisteten Stunden ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja  nein

Datum

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

# Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

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

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

Wieviel Stunden täglich:

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit:

vom	bis	Stunden täglich	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)
TTMMJJ	TTMMJJ		
TTMMJJ	TTMMJJ		
TTMMJJ	TTMMJJ		
TTMMJJ	TTMMJJ		

Zeitpunkt der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit absehbar?

ja, ggf. wann   z. Z. nicht absehbar

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

### Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja  nein

nur unter folgenden Voraussetzungen:

Wird für die geleisteten Stunden ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja  nein

Datum

TTMMJJ

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

# Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

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

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wieviel Stunden täglich: \_\_\_\_\_

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit:

vom	bis	Stunden täglich	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text" value="TTMMJJ"/>	_____	_____
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text" value="TTMMJJ"/>	_____	_____
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text" value="TTMMJJ"/>	_____	_____
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text" value="TTMMJJ"/>	_____	_____

Zeitpunkt der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit absehbar?

ja, ggf. wann \_\_\_\_\_  z. Z. nicht absehbar

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

### Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten

### Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja  nein

nur unter folgenden Voraussetzungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wird für die geleisteten Stunden ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja  nein

Datum

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Versicherten

# Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

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

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wieviel Stunden täglich: \_\_\_\_\_

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit:

vom	bis	Stunden täglich	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text" value="TTMMJJ"/>	_____	_____
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text" value="TTMMJJ"/>	_____	_____
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text" value="TTMMJJ"/>	_____	_____
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	<input type="text" value="TTMMJJ"/>	_____	_____

Zeitpunkt der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit absehbar?

ja, ggf. wann \_\_\_\_\_  z. Z. nicht absehbar

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

### Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten

### Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja  nein

nur unter folgenden Voraussetzungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wird für die geleisteten Stunden ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja  nein

Datum

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung

notwendig

ja

nein

Unfall

ja

nein

## Ärztliche Bescheinigung für 21 den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Das genannte Kind bedarf/bedurfte

vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

bis ein-  
schließlich

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

der Beaufsichtigung, Betreuung  
oder Pflege wegen Krankheit.

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



# Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

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

Auf Veranlassung von:

Arztnummer
Betriebsstättennummer

Name des Therapeuten

**Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:**

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist  erforderlich  nicht erforderlich  erfolgt  veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

---



---

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich  
Art der Maßnahme:

---



---

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

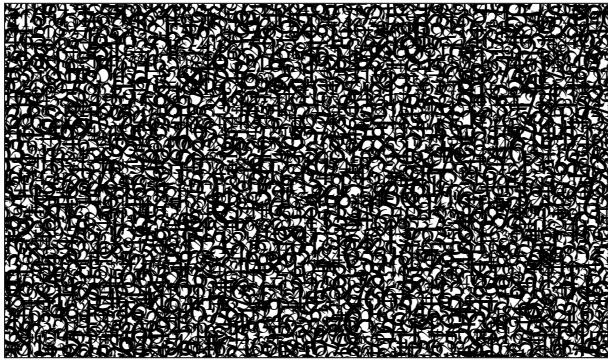
T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für den Therapeuten**





# Konsiliarbericht

## vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Auf Veranlassung von:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebsstättennummer

Name des Therapeuten

Chiffre 

--

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum

**Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:**

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist  erforderlich  nicht erforderlich  erfolgt  veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

---



---

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich  
Art der Maßnahme: \_\_\_\_\_

---

**Freigabe 01.09.2014**

**Verbindliches Muster**

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für den Gutachter**

# Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

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

Auf Veranlassung von:

Arztnummer
Betriebsstättennummer

Name des Therapeuten

**Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:**

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestiche Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist  erforderlich  nicht erforderlich  erfolgt  veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

---



---

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich  
Art der Maßnahme:

---



---

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für den Vertragsarzt**

# Konsiliarbericht

vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische  
Psychotherapeuten und Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeuten

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

Auf Veranlassung von:

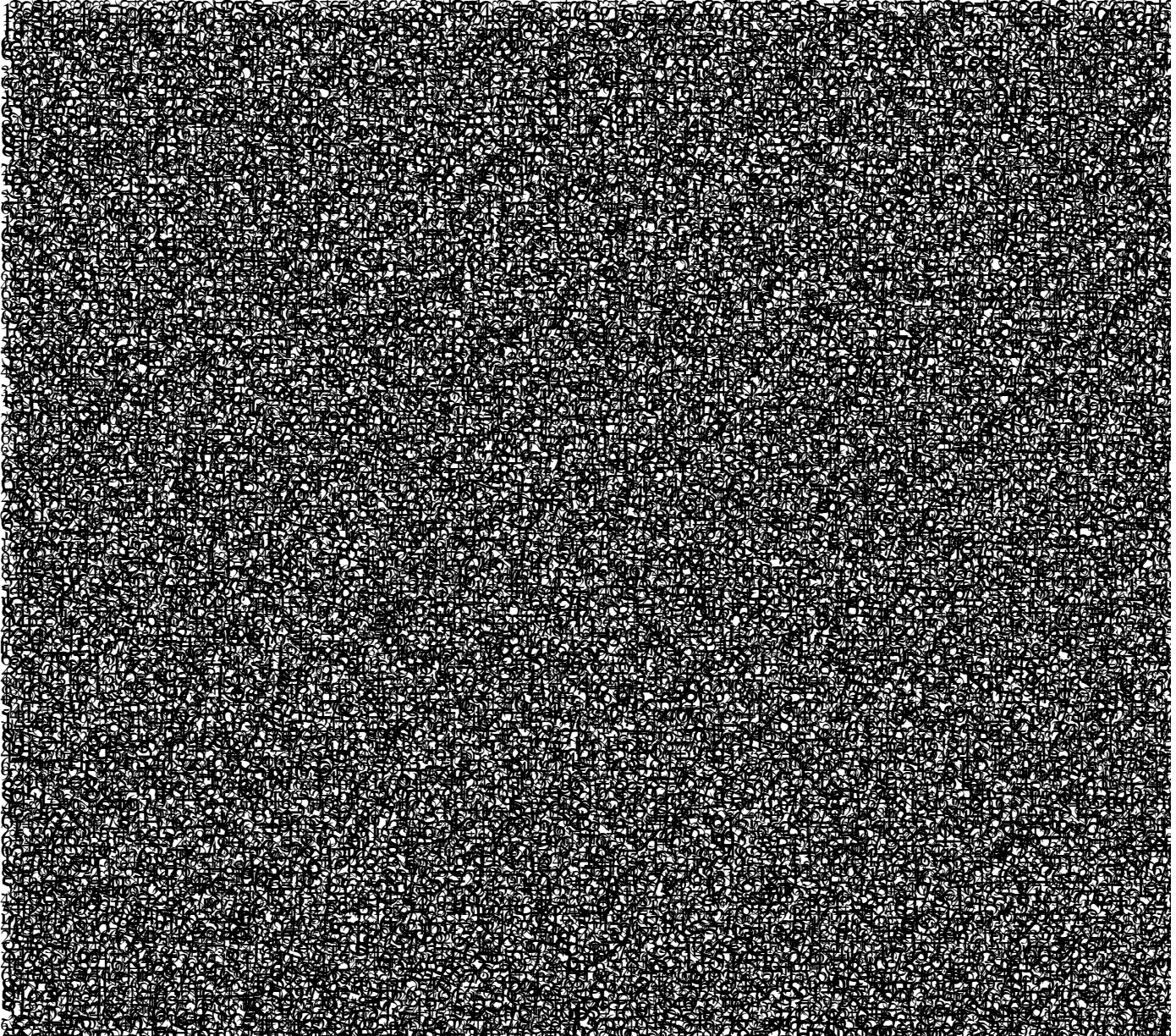
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebsstättennummer

Name des Therapeuten



- Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontra-indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)
- Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich  
Art der Maßnahme: \_\_\_\_\_

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

## Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V

- bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung
- zur Vermeidung der Verschlimmerung  
behandlungsbedürftiger Krankheiten
- bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern

Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit:

### Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden

- erhöhter Blutdruck     
  Bewegungsmangel/Fehlhaltung     
  Übergewicht/  
Fehlernährung     
  Stress     
  Rauchen
- Sonstige Risikofaktoren \_\_\_\_\_
- aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): \_\_\_\_\_

### Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung

	seit wann?	Ursache	Verlauf
1.			
2.			
3.			

**Ursache:** 1 = Unfallfolgen; 2 = Berufskrankheit; 3 = Gesundheitsschäden nach dem BVG

**Verlauf:** 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen

### Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:

Datum der letzten Untersuchung:

### Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)

- können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden     
  liegen nicht vor

### Angestrebtes Vorsorgeziel (z.B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung):

### Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

- Krankengymnastik     
  Physik. Therapie     
  Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie     
  Ergotherapie  
 Psychotherapie     
  Patientenschulung     
  Rehasport/Funktionstraining     
  Selbsthilfegruppe
- Sonstige (z.B. Hilfsmittelversorgung): \_\_\_\_\_

*Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!*

Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich (z.B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil

### Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z.B. Klima, Allergiefaktoren)?

- nein     ja, welche \_\_\_\_\_

empfohlener Kurort: \_\_\_\_\_ **Dauer:** \_\_\_\_\_ Wochen

**Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur)**     ja     nein

**Ggf. weitere Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM berechnungsfähig -

**Hinweis:** Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und 73 Abs. 2 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

**gültig seit Juli 2009**

**verbindliches Muster**

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

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

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

---

Name

Straße

PLZ  Ort

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten <input type="text"/>	Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten <input type="text"/>
Voraussichtliche Dauer der Therapie <input type="text"/>	Bereits durchgeführte Leistungen <input type="text"/>

Prognose

---



---

Krankenhausbehandlung  wird vermieden  wird verkürzt  ist nicht ausführbar

Begründung

---



---

*Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist beigelegt!*

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

*Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Behandlungsplan der Krankenkasse vorlegen!*

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Datum

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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)

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

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

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

---



---



---

Name

Straße

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 beigelegt!**

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

**Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer**

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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) 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

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

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

---



---



---

Name

Straße

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 beigelegt!**Für das Ausstellen der *Erstverordnung* ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.  
Für das Ausstellen der *Folgeverordnung* ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.**Ausfertigung für den verordnenden Arzt**

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

*(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)*

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

IK des Leistungserbringers														
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum Unterschrift des Therapeuten

**Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen**

Datum Unterschrift des Patienten







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

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

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 psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu

Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Straße

PLZ  Ort

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Datum

### Psychotherapeutischer 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 psychotherapeutischen Leistungserbringers

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum	Leistung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 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

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Diese Ausfertigung ist vom psychotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum





**Verbleib beim Vertragsarzt**

**Krankenkasse**

AOK  BKK  IKK   
 Landwirtsch. Krankenkasse  Knappschaft   
 vdek

**Alter**

unter 35  50–54  70–74   
 35–39  55–59  75–79   
 40–44  60–64  80 u. älter   
 45–49  65–69

**Geschlecht**

weiblich  männlich

Es wird gleichzeitig eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? ja

**Anamnese**

Es wurde bereits eine Gesundheitsuntersuchung nach den Richtlinien durchgeführt? ja

**Vorbestehende Krankheiten**

	in der Eigenanamnese	in der Familienanamnese
Hypertonie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
koronare Herzkrankheit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
sonst. arter. Verschlusskrankheit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hyperlipidämie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nierenkrankheiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Persönliche Risikofaktoren**

Nikotinabusus  Adipositas   
 dauerhafte emotionale Belastungsfaktoren  Alkoholabusus   
 Bewegungsmangel

**Befunde**

krankhafte Veränderungen (ohne interkurrente Befunde)

Brustkorb (Inspektion)  Bewegungsapparat   
 Herzauskultation  Haut   
 Lungenauskultation  Sinnesorgane   
 Abdomenpalpation (einschl. Nierenlager)  Nervensystem   
 Fußpulse  Psyche   
 Karotisauskultation

**Blutdruck**

bis 140/90 mmHg  bis 180/105 mmHg   
 bis 160/95 mmHg  über 180/105 mmHg

Der relativ höhere Wert (systolisch oder diastolisch) bestimmt die Klassenzugehörigkeit (z.B.: 150/100 mmHg= bis 180/105 mmHg). Bei Werten über 140/90 mmHg ist eine zweite Messung durchzuführen und der Mittelwert aus beiden Messungen für die Klassenzuordnung zugrunde zu legen.

**Labor**

**Blut**

Gesamtcholesterin: bis 200 mg/dl   
 201 bis 220 mg/dl   
 221 bis 250 mg/dl   
 251 bis 300 mg/dl   
 über 300 mg/dl

Bestimmung des HDL/LDL-Cholesterins veranlaßt? ja

Glukosewert auffällig? ja

**Harn**

Eiweiß positiv  Ery/Hb positiv  Leukozyten positiv   
 Glukose positiv  Nitrit positiv

**Neue Diagnose / Verdachtsdiagnose**

(ohne interkurrente Erkrankungen)

neu gestellte Diagnose	davon behandlungsbedürftig	Abklärungsdiagnostik bei Verdacht auf bisher unbekannte Erkrankung eingeleitet
Hypertonie <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
koronare Herzkrankheit <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
arterielle Verschlusskrankheit <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diabetes mellitus <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hyperlipidämie <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nieren-erkrankung <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lungen-erkrankung <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
orthopädische Erkrankung <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Haut-erkrankung <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Erkrankung des Nervensystems <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Erkrankung der Psyche <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
andere Krankheiten <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Folgende Maßnahmen wurden veranlaßt**

Ernährungs-umstellg./Diätber.  neu verordnete medikamentöse Therapie   
 Nikotin-entwöhnung  sonstiges   
 Bewegungs-training  keine speziellen Maßnahmen   
 Entspannungs-techniken

**Verbindliches Muster**

Name   
**Freigabe 10.11.2008**

Geburtsdatum

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Empfehlung****36****zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V**

Bewegungsgewohnheiten

Ernährung

Stressmanagement

Suchtmittelkonsum

Sonstiges

**Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.**

Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)


**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



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

**Zytologische Untersuchung**

Unters.-  
Nummer \_\_\_\_\_

Eingangs-  
datum \_\_\_\_\_

*Bitte ab hier nicht mehr durchschreiben*

Lfd.-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

Die Untersuchung wurde durchgeführt am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Honorarabrechnung**

Untersuchung gemäß EBM-Nr.

--	--	--	--	--	--

Kostenerstattung für den  
Versand gemäß BMÄ/E-GO-Nr.

--	--	--	--	--	--

**Überweisungsschein  
zur präventiven zytologischen  
Untersuchung**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des überweisenden Arztes
--

<b>Verbindliches Muster</b>
Vertragsarztstempel





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

**Zytologische Untersuchung**  
 Unters.- Nummer \_\_\_\_\_  
 Eingangsdatum \_\_\_\_\_  
 Ausgangsdatum \_\_\_\_\_

Laborbarcode

**Zytologischer Befund**

Zellmaterial nicht verwertbar

Endozervikale Zellen  
 vorhanden  nicht vorhanden

Geburtsjahr      
 Tag der Untersuchung

**Anamnese**

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?  
 nein  ja, zuletzt im Jahr

Ggf. Nr. des letzten zytolog. Befundes \_\_\_\_\_ Gruppe \_\_\_\_\_

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales  
 nein  ja Welche? \_\_\_\_\_  
 Wann? \_\_\_\_\_

Zahl der Schwangerschaften einschließlich Fehlgeburten

**Jetzt:**  nein  ja  
 Letzte Periode       Gravidität

Path. gynäkologische Blutungen z.B. zwischen den normalen Regeln, Dauer- oder Schmierblutung im Klimakterium, in der Postmenopause, bei Verkehr, blutig-bräunlicher Ausfluss

Sonstiger Ausfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovulationshemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Hormon-Anwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche? \_\_\_\_\_  
 Warum? \_\_\_\_\_

<b>Befund</b>	nein	ja
<b>Vulva</b> Inspektion auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Portio und Vagina</b> Spiegeleinstellung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inneres Genitale</b> Gyn. Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inguinale Lymphknoten</b> auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Haut</b> Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentfleckens oder Knotens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mamma</b> Inspektions-/Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Axilläre Lymphknoten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proliferationsgrad \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Döderleinflora	<input type="checkbox"/> Mischflora	<input type="checkbox"/> Kokkenflora
<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Gardnerella

**Gruppe** \_\_\_\_\_  
**Bemerkungen** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Empfehlung**  zytologische Kontrolle  
 nach Entzündungsbehandlung  
 nach Östrogenbehandlung  
 nach \_\_\_\_\_  
 histologische Klärung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Gyn. Diagnose \_\_\_\_\_

**RR**  
 Bei Werten über 140/90 bitte 2. Messung eintragen  
  /     /

<b>Rektum / Kolon</b> Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neu aufgetr. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhltest zurückgegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhltest positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzl. ab dem Alter von 30 Jahren

Zusätzl. ab dem Alter von 50 Jahren

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt



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

**Zytologische Untersuchung**

Unters.- Nummer \_\_\_\_\_

Eingangsdatum \_\_\_\_\_

Ausgangsdatum \_\_\_\_\_

Laborbarcode

**Zytologischer Befund**

Zellmaterial nicht verwertbar

Endozervikale Zellen

vorhanden  nicht vorhanden

Geburtsjahr

Tag der Untersuchung

**Anamnese**

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein  ja, zuletzt im Jahr

Ggf. Nr. des letzten zytolog. Befundes \_\_\_\_\_ Gruppe \_\_\_\_\_

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Zahl der Schwangerschaften einschließlich Fehlgeburten

**Jetzt:** nein ja

Letzte Periode       Gravidität

Path. gynäkologische Blutungen z.B. zwischen den normalen Regeln, Dauer- oder Schmierblutung im Klimakterium, in der Postmenopause, bei Verkehr, blutig-bräunlicher Ausfluss

Sonstiger Ausfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovulationshemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Hormon-Anwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche? \_\_\_\_\_

Warum? \_\_\_\_\_

**Befund** nein ja

<b>Vulva</b> Inspektion auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Portio und Vagina</b> Spiegeleinstellung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inneres Genitale</b> Gyn. Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inguinale Lymphknoten</b> auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Haut</b> Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentfleckens oder Knotens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mamma</b> Inspektions-/Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Axilläre Lymphknoten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proliferationsgrad \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Döderleinflora	<input type="checkbox"/> Mischflora	<input type="checkbox"/> Kokkenflora
<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Gardnerella

Gruppe \_\_\_\_\_

**Bemerkungen** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Empfehlung**  zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

nach \_\_\_\_\_

histologische Klärung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Gyn. Diagnose \_\_\_\_\_

**RR**

Bei Werten über 140/90 bitte 2. Messung eintragen

/     /

<b>Rektum / Kolon</b>		
Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neu aufgetr. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhltest zurückgegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhltest positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzl. ab dem Alter von **30** Jahren

Zusätzl. ab dem Alter von **50** Jahren

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Zytologen

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

Geburtsjahr

1	9	J	J
23	24		

Tag der Untersuchung

T	T	M	M	J	J
25	26	27	28	29	30

## Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> nein	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ja, zuletzt im Jahr	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
31	31	32 33

Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl	34	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> nein	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ja
Neu aufgetretene Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang	35	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> nein	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ja
Beschwerden beim Wasserlassen	36	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> nein	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ja
Bräunlich oder rötlich gefärbter Urin	37	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> nein	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ja

## Befund

Haut Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentfleckens oder Knotens

nein	ja
38 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
39 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
40 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
41 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>

Äußeres Genitale auffällig

Prostata auffällig isolierte Verhärtung  
totale Verhärtung

Rektum / Kolon Tastbefund auffällig  
Stuhltest zurückgegeben  
Stuhltest positiv

42 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
43 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
44 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
45 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
46 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>

Zusätzl. ab dem Alter von **50** Jahren

Inguinale Lymphknoten auffällig  
Bisher unbekannte behandlungsbedürftige Nebenergebnisse

## RR

			/		
--	--	--	---	--	--

Bei Werten über 140/90 2. Messung eintragen

			/		
--	--	--	---	--	--

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse

Sehr geehrte(r) Frau / Herr \_\_\_\_\_

Sie haben am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 für Frau / Herrn

Name und Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Anschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

folgende Verordnung(en) \_\_\_\_\_

eine Verordnung von Krankenhausbehandlung

ausgestellt.

**Freigabe 04.08.2005**

Bitte geben Sie auf der Rückseite Auskunft zu folgendem Sachverhalt:

Bei uns kann keine Mitgliedschaft festgestellt werden bzw. die Mitgliedschaft endete am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage  
Freiumschlag

Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01620 EBM berechnungsfähig

**Verbindliches Muster**

## Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Wurde der Name und das Geburtsdatum von uns richtig wiedergegeben?

 ja nein

Wenn nein, bitte berichtigen:

Name und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Hat ein Behandlungsausweis zum Zeitpunkt der Behandlung vorgelegen?

 ja nein

Name der Krankenkasse

\_\_\_\_\_

Bei Kassenwechsel:

Name der neuen Krankenkasse

\_\_\_\_\_

*Bitte nur bei Angabe einer neuen Krankenkasse ausfüllen!*

Behandlungstag

EBM-Nr.

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

Behandlungstag

EBM-Nr.

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_

**Freigabe 04.08.2005**

**Verbindliches Muster**

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers

Sehr geehrte(r) Frau / Herr \_\_\_\_\_

Sie haben am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 für Frau / Herrn

Name und Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Anschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

folgende Verordnung(en) \_\_\_\_\_

eine Verordnung von Krankenhausbehandlung  
ausgestellt.

Bitte geben Sie auf der Rückseite Auskunft zu folgendem Sachverhalt:

1. Nach unseren Unterlagen liegt

ein Arbeitsunfall (auch Wegeunfall oder Berufskrankheit)

ein sonstiger Unfall (Sportunfall, häuslicher- oder Verkehrsunfall) bzw. Gewalteinwirkung  
vor.

2. Es besteht möglicherweise ein ursächlicher Zusammenhang mit dem/den anerkannten Versorgungsleiden

**Freigabe 08.08.2005**

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

**Verbindliches Muster**

Anlage  
Freiumschlag

Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

# Vom Vertragsarzt auszufüllen!

## zu 1. Angaben bei Arbeitsunfall / sonstigem Unfall / Drittschädigung

Wurde der Patient wegen des Unfalls oder der Schädigung überwiesen?

nein

ja, und zwar  
Name des Arztes

an einen anderen Arzt

von einem anderen Arzt  
Anschrift

Wurden von Ihnen Leistungen (z.B. Arzneimittel, Heil-/Hilfsmittel, Krankentransport aufgrund des Unfalls) veranlasst / verordnet?

ja

nein

Wenn ja, welche? (bitte genaue Bezeichnung)

Dauert die Behandlung noch an?

ja

nein

Ist mit Spätfolgen zu rechnen?

ja

nein

noch nicht absehbar

**Bitte in jedem Fall ausfüllen!**

Behandlungstag EBM-Nr.

T T M M J J

\_\_\_\_\_

T T M M J J

\_\_\_\_\_

T T M M J J

\_\_\_\_\_

T T M M J J

\_\_\_\_\_

Behandlungstag EBM-Nr.

T T M M J J

\_\_\_\_\_

T T M M J J

\_\_\_\_\_

T T M M J J

\_\_\_\_\_

T T M M J J

\_\_\_\_\_

## zu 2. Angaben zum ursächlichen Zusammenhang mit dem Versorgungsleiden

Steht die für die Bescheinigung / Verordnung (s. Vorderseite) maßgebliche Diagnose im ursächlichen Zusammenhang mit den anerkannten Versorgungsleiden?

ja

nein

zweifelhaft

**Nur bei Arbeitsunfähigkeit / Krankenhauseinweisung!**

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung / Krankenhauseinweisung war

ausschließlich / überwiegend wegen der anerkannten Schädigungsfolgen vom

T T M M J J

bis T T M M J J

überwiegend wegen anderer Leiden vom

T T M M J J

bis T T M M J J

**Bitte in jedem Fall ausfüllen!**

Behandlungstag EBM-Nr.

T T M M J J

\_\_\_\_\_

T T M M J J

\_\_\_\_\_

T T M M J J

\_\_\_\_\_

T T M M J J

\_\_\_\_\_

T T M M J J

\_\_\_\_\_

T T M M J J

\_\_\_\_\_

T T M M J J

\_\_\_\_\_

T T M M J J

\_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum

T T M M J J

**Freigabe 08.08.2005**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code

2. Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?

*(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)*

2.1  erwerbstätig als

2.2  Der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für   Stunden pro Woche der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt.

Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben?  ja  nein

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

nein  ja, Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab

4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ (ggf. wann und welche)

operativ (ggf. wann und welche)

5. Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)  
*(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich.)*

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation
<input type="checkbox"/> Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit) <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i>	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Behandlung
<input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i>	<input type="checkbox"/> Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
<input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Suchttherapie, Ernährungsberatung, Rückenschule)	<input type="text"/>

7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?

nein  ja, folgende

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?  ja  nein

9. Sonstiges / Bemerkungen zum Gesundheitszustand

Für das Ausstellen dieses Berichts ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Datum

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



### Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten

Sehr geehrte(r) Frau / Herr \_\_\_\_\_ **Freigabe 04.08.2005**

Ihr Patient / unser Mitglied

Name und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

| T | T | M | M | J | J |

Anschrift des Versicherten

Versichertennummer

| | | | | | | | | | |

ist seit | T | T | M | M | J | J |

arbeitsunfähig erkrankt

in stationärer Behandlung

Um die Dauer des Leistungsanspruchs prüfen zu können, teilen Sie uns bitte mit, ob die Arbeitsunfähigkeit mit den vorherigen Arbeitsunfähigkeitszeiten (Daten siehe Rückseite) in ursächlichem Zusammenhang steht.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage  
Freiumschlag

**Verbindliches Muster**

Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

## Von der Krankenkasse auszufüllen!

I. Arbeitsunfähig vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

  
wegen

---

---

II. Vorher bestand Arbeitsunfähigkeit wegen vom bis behandelnder Arzt

1 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 \_\_\_\_\_

2 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 \_\_\_\_\_

3 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 \_\_\_\_\_

4 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 \_\_\_\_\_

5 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 \_\_\_\_\_

6 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 \_\_\_\_\_

## Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Handelt es sich bei der unter I. angegebenen Krankheit und einer der unter II. genannten Krankheiten um dieselbe Krankheit\* im Sinne der unten abgedruckten versicherungsrechtlichen Erläuterungen?

nein  ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) \_\_\_\_\_ genannten Krankheit(en).

III. Sind während der unter I. genannten Arbeitsunfähigkeit weitere Krankheiten hinzugetreten?

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Wird die Arbeitsunfähigkeit nur noch von der/den hinzugetretenen Krankheit(en) bedingt?

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ab 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Handelt es sich bei der hinzugetretenen Krankheit und einer unter II. genannten früheren Erkrankung um dieselbe Krankheit\* im Sinne der unten abgedruckten versicherungsrechtlichen Erläuterungen?

nein  ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) \_\_\_\_\_ genannten Krankheit(en).

Ergänzende Bemerkungen

---

---

---

---

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Freigabe 04.08.2005**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### \*) Versicherungsrechtliche Erläuterungen

Der Begriff "dieselbe Krankheit" setzt nicht voraus, dass fortlaufende Behandlungsbedürftigkeit besteht. Bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit kommt es darauf an, ob die neue Arbeitsunfähigkeit und die frühere(n) auf derselben Krankheitsursache beruhen oder zumindest in einem inneren Zusammenhang mit ihr stehen. Der innere Zusammenhang kann schon dadurch begründet sein, dass die Entstehung der Krankheit jedesmal durch eine gemeinsame Bedingung begünstigt oder herbeigeführt wird.

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

**Bescheinigung einer 55  
schwerwiegenden  
chronischen Erkrankung  
gem. § 62 SGB V**

Seit 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

(mindestens 4 Quartale zurückliegend)  
ist der Versicherte wegen derselben  
Erkrankung in Dauerbehandlung.

**behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10)**

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben  
genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich**

ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar

ja, voraussichtlich bis 

M	M	J	J
---	---	---	---

nein

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.

## **Gegebenenfalls vom Versicherten auszufüllen**

**Wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung für den umseitig genannten Versicherten gestellt, sind KEINE weiteren Angaben erforderlich. Dies gilt auch, wenn der Antrag durch den Betreuer für den Versicherten gestellt wird.**

**In allen anderen Fällen (z. B. gemeinsamer Antrag über den Ehegatten) werden die nachfolgenden Angaben benötigt. Ohne diese Angaben kann die Bescheinigung nicht korrekt zugeordnet werden.**

**Die Bescheinigung ist bei der Krankenkasse einzureichen, bei der der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt wird/wurde.**

## **Angaben zum antragstellenden Versicherten**

Name, Vorname

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Krankenkasse

Krankenversichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Verbindliches Muster**

**Freigabe 08.07.2016**

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

**Verbindliches Muster**

für **Rehabilitationssport**

für **Funktionstraining**

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

**Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining**

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

\_\_\_\_\_

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

\_\_\_\_\_

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

\_\_\_\_\_

**Empfohlene Rehabilitationssportart**

- Gymnastik (auch im Wasser)
- Schwimmen
- Leichtathletik
- Bewegungsspiele
- Sonstige \_\_\_\_\_
- Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

**Rehabilitationssport** ist notwendig für

- 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)
- 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale   | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson   |
| <input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose  |
| <input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)                   | <input type="checkbox"/> Multipler Sklerose   |
| <input type="checkbox"/> Doppelamputation  | <input type="checkbox"/> Muskeldystrophie   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent                                      | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal   |
| <input type="checkbox"/> Glasknochen   | <input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung  |
| <input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese   | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie  |
| <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom  | <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew  |   |

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen

Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

**Empfohlene Funktionstrainingsarten**

- Trockengymnastik
- Wassergymnastik

**Funktionstraining** ist notwendig für

- 12 Monate (Richtwert)
- 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität
- Fibromyalgie-Syndrome
- Kollagenosen
- Morbus Bechterew
- Osteoporose
- Polyarthrosen, schwer
- Psoriasis-Arthritis
- Rheumatoide Arthritis

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

24 Monate (Richtwert)

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen

\_\_\_\_\_

**Rehabilitationssport in Herzgruppen** ist notwendig für

- 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) als Erstverordnung
- 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei weiterer Verordnung nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt/kg Körpergewicht
- 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) bei Kinderherzgruppen
- Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

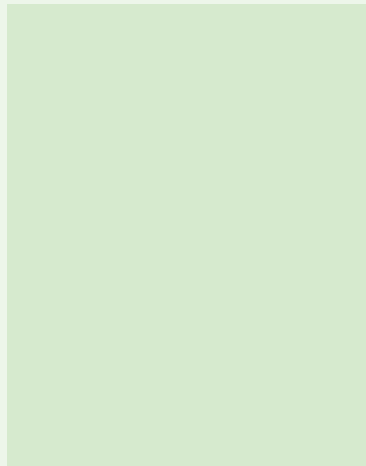
Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

- 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

**Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining**

- 1 mal     2 mal

3 mal, Begründung



Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Antrag auf Kostenübernahme**

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden  
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit

Datum

Unterschrift des Versicherten

**Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse**

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

- Rehabilitationssports** gemäß § 43 Abs.1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX für
- 50 Übungseinheiten /18 Monate
- 120 Übungseinheiten /36 Monate
- Übungseinheiten
- 90 Übungseinheiten /24 Monate (Herzgruppen)
- 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen)
- 45 Übungseinheiten /12 Monate (Herzgruppen)

- Funktionstrainings** gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX
- Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen
- 1 mal     2 mal     3 mal
- für die Dauer von
- 12 Monaten
- 24 Monaten
- Monaten

für den Zeitraum vom         längstens bis

Datum

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht

**Freigabe 01.09.2014**

**Verbindliches Muster**

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

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

**Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse**

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

**Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.**

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**\* Seitenlokalisierung**  
 R = rechts  
 L = links  
 B = beidseits

**\*\* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)**  
 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall  
 2 = Berufskrankheit  
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)  
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst  
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

## II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

**Beratung der/des Versicherten**  
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

**Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**  
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes



Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges



Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

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

**Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse**  
 Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.  
**Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.**

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
<b>B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen</b>			
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

**\* Seitenlokalisierung**  
 R = rechts  
 L = links  
 B = beidseits

**\*\* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)**  
 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall  
 2 = Berufskrankheit  
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)  
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst  
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

## II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

**Beratung der/des Versicherten**  
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

**Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**  
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

**Bitte vor der Beschriftung der Formulare diese Fußleiste abreißen und die 4 Einzelsätze voneinander trennen**



Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit (z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

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

**I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen**

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen</b>			
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**\* Seitenlokalisierung**  
 R = rechts  
 L = links  
 B = beidseits

**\*\* Mögliche Ursache der Erkrankung**  
 (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall  
 2 = Berufskrankheit  
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)  
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst  
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

**II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung**

**A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)**

**B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)**

**C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie**

Verbindliches Muster

**D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)**

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

**E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

nein     ja, welche?

**F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)**

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit  
(z. B. *Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner*)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

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

**I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen**

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
<b>B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen</b>			
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

**\* Seitenlokalisierung**  
 R = rechts  
 L = links  
 B = beidseits

**\*\* Mögliche Ursache der Erkrankung**  
 (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall  
 2 = Berufskrankheit  
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)  
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst  
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

**II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung**

**A. Kurze Angaben zur Anamnese** (insbesondere Beginn und Verlauf)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde** (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten** (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

**E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

nein       ja, welche? \_\_\_\_\_

**F. Andere Maßnahmen** (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

\_\_\_\_\_

Ausfertigung für den Vertragsarzt

**Verbindliches Muster**

**G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe**

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Lernen und Wissensanwendung</b> (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunikation</b> (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b>	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gemeinschaftsleben und soziales Leben</b> (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**H. Kontextfaktoren****1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren**

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

**2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel Fehlhaltung	<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Untergewicht	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin
<input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)	<input type="text"/>			

Verbindliches Muster

## G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Lernen und Wissensanwendung</b> (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunikation</b> (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b>	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gemeinschaftsleben und soziales Leben</b> (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## H. Kontextfaktoren

## 1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

---



---



---

## 2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel Fehlhaltung
  Übergewicht
  Untergewicht
  Medikamente
  Nikotin

Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)

Verbindliches Muster

## III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

ja

nein

## IV. Rehabilitationsziele

## A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

## B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

## V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja

eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

## VI. Zuweisungsempfehlungen

## A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant

ambulant-mobil

stationär

Mütter-Leistung

Väter-Leistung

als Mutter-Kind-Leistung

als Vater-Kind-Leistung

## B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

nein

ja, welche?

## VII. Sonstige Angaben

## A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation

Verschlimmerung bei gleicher Indikation

## B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

ja

nein

## C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

ja

nein

## D. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel

PKW erforderlich

Begleitperson erforderlich

## E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

## F. Rückruf erbeten unter

Für das Ausstellen der ärztlichen  
Verordnung (Teil B-D)  
ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit  ja  nein

### IV. Rehabilitationsziele

#### A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

---



---

#### B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

---

### V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja  eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) \_\_\_\_\_

---

### VI. Zuweisungsempfehlungen

#### A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant  ambulant-mobil  stationär  
 Mütter-Leistung  Väter-Leistung  als Mutter-Kind-Leistung  als Vater-Kind-Leistung

#### B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

---

### VII. Sonstige Angaben

#### A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation  Verschlimmerung bei gleicher Indikation

#### B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

ja  nein

#### C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

ja  nein

#### D. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel  PKW erforderlich  Begleitperson erforderlich

#### E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

---



---

#### F. Rückruf erbeten unter \_\_\_\_\_

Für das Ausstellen der ärztlichen  
Verordnung (Teil B-D)  
ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Datum

T | T | M | M | J | J

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

# Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

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

Erstverordnung       Folgeverordnung

Unfall Unfallfolgen

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)** (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)

---



---

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

### Komplexes Symptomgeschehen

ausgeprägte urogenitale Symptomatik       ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik       ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore       ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik       sonstiges komplexes Symptomgeschehen

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

---



---

**Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BtM)

---



---



---



---

### Folgende Maßnahmen sind notwendig

Beratung       a. des behandelnden Arztes       Koordination der Palliativversorgung

b. der behandelnden Pflegefachkraft

c. des Patienten / der Angehörigen

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

---



---



---

Additiv unterstützende Teilversorgung       Vollständige Versorgung

### Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

---



---



---



---



---

**Verbindliches Muster**

---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

---

Ausfertigung für die Krankenkasse

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

## Antrag des Versicherten

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wie vom behandelnden Arzt verordnet beantragt.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

## Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

--

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

--

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

--

Ansprechpartner (Name)

--

Telefonnummer

--

Fax-Nummer

--

E-Mail

--

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

## Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

in folgendem Umfang übernommen

--

--

--

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

*Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht*

Name, Vorname des Versicherten

--

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

--

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Freigabe 01.09.2014**

**Verbindliches Muster**

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse



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

Erstverordnung       Folgeverordnung  
 Unfall Unfallfolgen

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)** (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)


Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

**Komplexes Symptomgeschehen**

<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)


**Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BtM)


**Folgende Maßnahmen sind notwendig**

<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung
	<input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft	
	<input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen	

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)


Additiv unterstützende Teilversorgung       Vollständige Versorgung

**Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV**


**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer

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

Erstverordnung       Folgeverordnung  
 Unfall Unfallfolgen

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)** (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)


Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

**Komplexes Symptomgeschehen**

<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)


**Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BtM)


**Folgende Maßnahmen sind notwendig**

<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung
	<input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft	
	<input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen	

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)


Additiv unterstützende Teilversorgung       Vollständige Versorgung

**Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV**




Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer – der Abrechnung beizufügen

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

# Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

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

Erstverordnung       Folgeverordnung  
 Unfall Unfallfolgen

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)** (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

**Komplexes Symptomgeschehen**

<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

\_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BtM) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Folgende Maßnahmen sind notwendig**

<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung
	<input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft	
	<input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen	

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

\_\_\_\_\_

Additiv unterstützende Teilversorgung       Vollständige Versorgung

**Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

# Behandlungsplan

für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

## I Indikation(en)

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung


## II Geplante Behandlungsmaßnahme

- Insemination im Spontanzklus (gemäß Nr. 10.1)
- Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)
- In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)
- Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)

Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)

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

Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar. Bitte von Hand ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden (auch auf dem Durchschlag).

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

## III Kostenschätzung

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.

### a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	
♂	
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ ♂
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ ♂
<b>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</b>	♀ ♂
Ort	Datum
<input style="width: 100px;" type="text"/>	T T M M J J

### b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	
♂	
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ ♂
Medikamentenkosten (Euro)	♀ ♂
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ ♂
<b>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b>	♀ ♂

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Bei einer Genehmigung für 3 IVF- oder ICSI-Zyklen steht der 3. IVF- oder ICSI-Zyklus unter dem Vorbehalt, dass in einem von 2 Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzklus kann die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt werden.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro – erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Bei Änderung der Behandlungsmethode (siehe Abschnitt II) sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.

**Original nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt**

### Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal  Zyklen/Zyklus **genehmigt**

**nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort  Datum T T M M J J

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal  Zyklen/Zyklus **genehmigt**

**nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort  Datum T T M M J J

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

Verbindliches Muster

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

Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar. Bitte von Hand ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden.

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

## Behandlungsplan

für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

### I Indikation(en)

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung


### II Geplante Behandlungsmaßnahme

- Insemination im Spontanzklus (gemäß Nr. 10.1)
- Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)
- In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)
- Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)

Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)

### III Kostenschätzung

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzellerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.

#### a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	<input type="text"/>
♂	<input type="text"/>
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ <input type="text"/> ♂ <input type="text"/>
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ <input type="text"/> ♂ <input type="text"/>
<b>Gesamtsumme</b> für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀ <input type="text"/> ♂ <input type="text"/>
Ort	Datum
<input type="text"/>	T   T   M   M   J   J

#### b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	<input type="text"/>
♂	<input type="text"/>
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ <input type="text"/> ♂ <input type="text"/>
Medikamentenkosten (Euro)	♀ <input type="text"/> ♂ <input type="text"/>
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ <input type="text"/> ♂ <input type="text"/>
<b>Gesamtsumme</b> pro Zyklusfall (Euro)	♀ <input type="text"/> ♂ <input type="text"/>

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Bei einer Genehmigung für 3 IVF- oder ICSI-Zyklen steht der 3. IVF- oder ICSI-Zyklus unter dem Vorbehalt, dass in einem von 2 Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzklus kann die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt werden.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro – erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Bei Änderung der Behandlungsmethode (siehe Abschnitt II) sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.

Durchschlag für die Kassenärztliche Vereinigung

#### Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal  Zyklen/Zyklus **genehmigt**

**nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort  Datum T | T | M | M | J | J

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal  Zyklen/Zyklus **genehmigt**

**nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort  Datum T | T | M | M | J | J

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

**Verbindliches Muster**

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

Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar. Bitte von Hand ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden (auch auf dem Durchschlag).

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

zum Behandlungsplan vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

**I Indikation(en)**

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung


**II Geplante Behandlungsmaßnahme**

- Insemination im Spontanzklus (gemäß Nr. 10.1)
- Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)
- In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)
- Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)

Anzahl und Art bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)

--

**III Kostenschätzung**

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.

**a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen**

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀							
♂							
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ ♂						
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ ♂						
<b>Gesamtsumme</b> für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀ ♂						
Ort	Datum						
	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J		

**b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)**

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	
♂	
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ ♂
Medikamentenkosten (Euro)	♀ ♂
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ ♂
<b>Gesamtsumme</b> pro Zyklusfall (Euro)	♀ ♂

--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)**

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Genehmigung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen (einschließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, die jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro – erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung sowie bei Änderung der Behandlungsmethode ist ein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen.

**Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt**

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal  Zyklen/Zyklus **genehmigt**

**nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort  Datum 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

--

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal  Zyklen/Zyklus **genehmigt**

**nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort  Datum 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

--

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

**Verbindliches Muster**

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

Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar. Bitte von Hand ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden (auch auf dem Durchschlag).

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

zum Behandlungsplan vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

**I Indikation(en)**

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung


**II Geplante Behandlungsmaßnahme**

- Insemination im Spontanzklus (gemäß Nr. 10.1)
- Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)
- In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)
- Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)

Anzahl und Art bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)

--

**III Kostenschätzung**

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.

**a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen**

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀							
♂							
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ ♂						
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ ♂						
<b>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</b>	♀ ♂						
Ort	Datum						
	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J		

**b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)**

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	
♂	
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ ♂
Medikamentenkosten (Euro)	♀ ♂
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ ♂
<b>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b>	♀ ♂

--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)**

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Genehmigung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen (einschließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, die jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro – erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung sowie bei Änderung der Behandlungsmethode ist ein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen.

Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigung

**Der Behandlungs-/Kostenplan wird**

für maximal  Zyklen/Zyklus **genehmigt**

**nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort  Datum 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

--

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal  Zyklen/Zyklus **genehmigt**

**nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort  Datum 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

--

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

**Verbindliches Muster**

Krankenkasse		
Name		
Vorname	Geburtsdatum	
	T   T   M   M   J   J	
Anschrift		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status

## Nachweis der 85 Anspruchsberechtigung bei Ruhen des Anspruchs gemäß § 16 Absatz 3a SGB V

Quartal  
gültig für | Q | J | J |

**Dieser Nachweis gilt im Rahmen der Kostenübernahme durch die unterzeichnende Krankenkasse für die/den oben genannte(n) Versicherte(n) bei Früherkennungsuntersuchungen gemäß §§ 25 und 26 SGB V und bei Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen/Schmerzzustände sowie Schwangerschaft/Mutterschaft erforderlich sind.**

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Freigabe 01.09.2014**

**verbindliches Muster**

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse



Hinweis an den Arzt: Bitte verwenden Sie den Weiterleitungsbogen als erste Seite im Briefumschlag für Ihre Antwort!

**Freigabe 01.12.2016**



Aktenzeichen Mitteilungsmanagement (MiMa)

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Leistungsbereich

Ansprechpartner Krankenkasse

Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übermitteln wir Ihnen die für den Versicherten von der Krankenkasse angeforderten Befunde in Kopie.

### Daten des Versicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ Ort

KV-Nummer

Aktenzeichen Krankenkasse

### Daten des Arztes/Leistungserbringers

Name, Vorname / Firma

Straße

PLZ Ort

Arzt-Nummer (LANR)

IK des Leistungserbringers

Anforderungsdatum