

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

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

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

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

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

festgestellt am

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

**Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse**

**Erstbescheinigung**

**Folgebescheinigung**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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

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

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 Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. 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 \_\_\_\_\_

**Im Krankengeldfall**

ab 7. AU-Woche oder  
sonstiger Krankengeldfall

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)

Nächsterreichbare, 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

*Vor der Weitergabe des Vordrucks an die Krankenkasse von der Versicherten auszufüllen.*

Name, Vorname

Geburtsdatum

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

PLZ

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

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Kontoinhaber

IBAN

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

Geldinstitut

BIC

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

### Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Ich bin derzeit

beschäftigt, bei

gekündigt / befristet zum

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

Anschrift des Arbeitgebers

selbständig

arbeitslos

Künstlerin / Publizistin

### Erklärung:

Änderungen meiner Angaben teile ich der Krankenkasse umgehend mit. Sofern sich der mutmaßliche Entbindungstermin verschiebt, informiere ich meine Krankenkasse und meinen Arbeitgeber bzw. die Agentur für Arbeit.

Datum

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

**Verbindliches Muster**


Unterschrift der Versicherten

**Freigabe 01.09.2014**

**Zeugnis über den  
mutmaßlichen Tag  
der Entbindung**

**3**

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

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

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  
  Tragestuhl  
  Nicht umsetzbar aus Rollstuhl  
  liegend  
  andere

#### Von Nach

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>	Hinfahrt	<input type="checkbox"/>	Rückfahrt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arztpraxis	<input type="checkbox"/>	Wartezeit (Dauer):	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Beförderungswege	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	

#### Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

nein  
  ja, folgende:

Verbindliches Muster

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

# Genehmigung der Krankenkasse

Die Fahrt / Serienverordnung wird genehmigt

Die Fahrt wird wie folgt genehmigt: \_\_\_\_\_

Die verordnete Fahrt / Serienverordnung wird **nicht** genehmigt

Begründung \_\_\_\_\_

**Freigabe 01.09.2014**

Datum T T M M J J

**Verbindliches Muster**

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

## Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke	Hinfahrt		Rückfahrt		Unterschrift des Versicherten
		km	km	km	km	

Die Krankbeförderung wurde gemäß der obigen Empfangsbestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis vom

T T M M J J lag vor.

Datum und Unterschrift des Leistungserbringers

\_\_\_\_\_

### Abrechnungsdaten des Leistungserbringers

IK des Leistungserbringers

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

Zuzahlung

						,		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

Gesamt-Brutto

										,		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Rechnungsnummer

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

Belegnummer

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

Positionsnummer

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

Faktor

--	--

km

--	--	--	--

Positionsnummer

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

Faktor

--	--

km

--	--	--

Positionsnummer

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

Faktor

--	--

km

--	--	--	--

Positionsnummer

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

Faktor

--	--

km

--	--	--

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

## Abrechnungsschein

<input type="checkbox"/> ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> bei belegärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	Quartal <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie	<input type="checkbox"/> anerkannte Psychotherapie	Geschlecht <input type="text" value="W"/> <input type="text" value="M"/>		

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen


Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides

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

Tag	Mon.			Tag	Mon.		

Mutmaßlicher Tag der Entbindung

--	--	--	--

Stationäre belegärztliche Behandlung

	Tag	Monat		Tag	Monat
von			bis		

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum Unterschrift

Verbindliches Muster

Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten

# 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

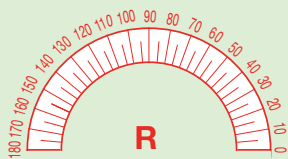
Reparatur  Ersatz

**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**.

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

IK des Leistungserbringers

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

Rechnungsnummer

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

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

Belegnummer

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

**Befund:**

Bestkorrigierter Fernvisus rechts  Bestkorrigierter Fernvisus links

Sehbehinderung mindestens WHO 1  mit Brille  Kontaktlinsen

Erstversorgung  Folgeversorgung

Unfall, Unfallfolgen  Versorgungsleiden (BVG)

Vergrößerungsbedarf  fach

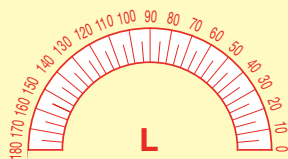
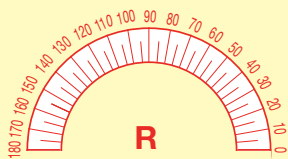
Reparatur  Ersatz

**Menge und Art der Verordnung:**

--

**Diagnose/Begründung:**


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

## 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**.

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

**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)

## Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten

9

(Diese Bescheinigung erübrigt sich bei Mehrlingsgeburten)

Bei der Entbindung hat es sich um eine Frühgeburt gehandelt:

Entbindungs-  
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

**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 Laboratoriums-untersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum      Abnahmezeit

T T M M J J      h h m m

ggf. Kennziffer      Quartal

\_\_\_\_\_      Q J J

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion      Geschlecht

\_\_\_\_\_      W M

Behandlung gemäß      eingeschränkter Leistungsanspruch

§ 116b SGB V       gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 01.09.2014**

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Verbindliches Muster

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

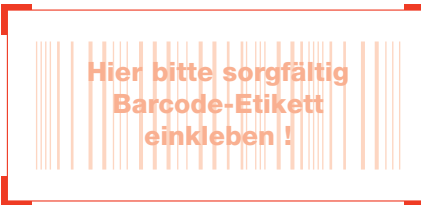
Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

## Anforderungsschein für Laboratoriums- untersuchungen bei Laborgemeinschaften

10A



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"/> großes Blutbild	2	<input type="checkbox"/> Amylase	14	<input type="checkbox"/> Gamma GT	27
<input type="checkbox"/> kleines Blutbild	3	<input type="checkbox"/> ASL	15	<input type="checkbox"/> Glukose	28
<input type="checkbox"/> HbA1c	4	<input type="checkbox"/> Bilirubin direkt	16	<input type="checkbox"/> GOT	29
<input type="checkbox"/> Retikulozyten	5	<input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt	17	<input type="checkbox"/> GPT	30
<input type="checkbox"/> Blutsenkung	6	<input type="checkbox"/> Calcium	18	<input type="checkbox"/> Harnsäure	31
<input type="checkbox"/> Diff. Blutbild (Ausstrich)	7	<input type="checkbox"/> Cholesterin	19	<input type="checkbox"/> Harnstoff	32
		<input type="checkbox"/> Cholinesterase	20	<input type="checkbox"/> HBDH	33
<b>Citrat</b>		<input type="checkbox"/> CK	21	<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	34
<input type="checkbox"/> Quick	8	<input type="checkbox"/> CK-MB	22	<input type="checkbox"/> IgA	35
<input type="checkbox"/> Quick unter Marcumar-Therapie	9	<input type="checkbox"/> CRP	23	<input type="checkbox"/> IgG	36
		<input type="checkbox"/> Eisen	24	<input type="checkbox"/> IgM	37
<input type="checkbox"/> Thrombinzeit	10	<input type="checkbox"/> Eiweiß Elektrophorese	25	<input type="checkbox"/> Kalium	38
<input type="checkbox"/> PTT	11			<input type="checkbox"/> Kreatinin	39
<input type="checkbox"/> Fibrinogen	12			<input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance	40
				<input type="checkbox"/> LDH	41
				<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	42
				<input type="checkbox"/> Lipase	43
				<b>Urin</b>	
				<input type="checkbox"/> Natrium	44
				<input type="checkbox"/> OP-Vorbereitung (32125)	45
				<input type="checkbox"/> Phosphat, anorganisches	46
				<input type="checkbox"/> Transferrin	47
				<input type="checkbox"/> Triglyceride	48
				<input type="checkbox"/> TSH basal	49
				<input type="checkbox"/> TSH nach TRH	50
				<input type="checkbox"/> Glukose 1	51
				<input type="checkbox"/> Glukose 2	52
				<input type="checkbox"/> Glukose 3	53
				<input type="checkbox"/> Glukose 4	54
				<input type="checkbox"/> Status	55
				<input type="checkbox"/> Mikroalbumin	56
				<input type="checkbox"/> Schwangerschaftstest	57
				<input type="checkbox"/> Glukose	58
				<input type="checkbox"/> Amylase	59
				<input type="checkbox"/> Sediment	60
				<input type="checkbox"/> Sonstiges	61

## 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

**!** Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung  Folgeverordnung

vom 

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

 bis 

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

 Unfall Unfallfolgen

**Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen:** \_\_\_\_\_

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)**  
Besonderheiten lt. Verzeichnis: \_\_\_\_\_

**Häusliche Krankenpflege erfolgt:**  statt Krankenhausbehandlung  zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

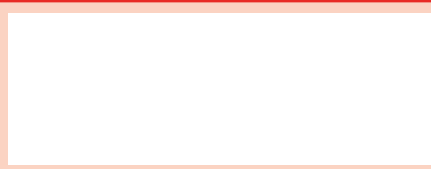
**Folgende Maßnahmen sind notwendig** (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

**Behandlungspflege:**

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____	_____
Lokalisation/Grad/Größe: _____			
<input type="checkbox"/> Injektionen:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen	_____	_____
Präparate: (auch bei Injektionen): _____			
Verbände:	<input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden	_____	_____
Lokalisation / Wundbefund: _____			
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer):	_____	_____	_____

**Grundpflege:**

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____	_____
<b>Hauswirtschaftliche Versorgung:</b>	_____	_____	_____



**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
Ausfertigung für die Krankenkasse

## Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die häusliche Krankenpflege soll erbracht werden

in meinem Haushalt

im Haushalt einer sonstigen Person

Name: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Folgende verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können von im Haushalt lebenden Personen 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)

Für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ sollen folgende Leistungen erbracht werden:

Leistung	Häufigkeit	Dauer

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst:

\_\_\_\_\_  
Name des Pflegedienstes

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)

\_\_\_\_\_  
Institutionskennzeichen des Pflegedienstes

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer des Pflegedienstes

\_\_\_\_\_  
Fax-Nr. des Pflegedienstes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Pflegedienstes

**Freigabe 01.09.2014**

**Verbindliches Muster**

Stempel des Pflegedienstes

# Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

**!** Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung  Folgeverordnung

vom 

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

 bis 

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

 Unfall Unfallfolgen

**Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen:** \_\_\_\_\_

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)**  
Besonderheiten lt. Verzeichnis: \_\_\_\_\_

**Häusliche Krankenpflege erfolgt:**  statt Krankenhausbehandlung  zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

**Folgende Maßnahmen sind notwendig** (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

**Behandlungspflege:**

Anleitung zur Behandlungspflege \_\_\_\_\_ folgende Leistungen \_\_\_\_\_ Anzahl/Einsätze \_\_\_\_\_

	Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____
Lokalisation/Grad/Größe: _____		
<input type="checkbox"/> Injektionen: <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe: <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen	_____	_____
Präparate: (auch bei Injektionen): _____		
Verbände: <input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden _____		
<input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden _____		
<input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden _____		
Lokalisation / Wundbefund: _____		
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer): _____		

**Grundpflege:**

Anleitung zur Grundpflege \_\_\_\_\_ folgende Leistungen \_\_\_\_\_ Anzahl/Einsätze \_\_\_\_\_

	Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____
<b>Hauswirtschaftliche Versorgung:</b>	_____	_____

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
Ausfertigung für den Pflegedienst

## Genehmigung der Krankenkasse

Als häusliche Krankenpflege werden nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung die Kosten vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ übernommen.

in folgendem Umfang die Kosten vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ übernommen:

Maßnahmen	Häufigkeit	Dauer
<i>Kopie</i>		

Bemerkungen / Hinweise:

---

---

---

---

Die Original-Genehmigung (Teil 12c) ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die häusliche Krankenpflege über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist

- vom Vertragsarzt die Folgeverordnung **in den letzten 3 Werktagen vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums auszustellen und
- **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums der Antrag einschließlich der erneuten Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr.

\_\_\_\_\_  
geb. am

**Freigabe 01.09.2014**

**Verbindliches Muster**

Datum

Unterschrift

Stempel der Krankenkasse

# Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

**!** Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung       Folgeverordnung

vom 

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

 bis 

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

 Unfall Unfallfolgen

**Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen:** \_\_\_\_\_

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)**  
Besonderheiten lt. Verzeichnis: \_\_\_\_\_

**Häusliche Krankenpflege erfolgt:**  statt Krankenhausbehandlung       zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

**Folgende Maßnahmen sind notwendig** (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

**Behandlungspflege:**

Anleitung zur Behandlungspflege \_\_\_\_\_ folgende Leistungen \_\_\_\_\_ Anzahl/Einsätze \_\_\_\_\_

	Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____
Lokalisation/Grad/Größe: _____		
<input type="checkbox"/> Injektionen: <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe: <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen	_____	_____
Präparate: (auch bei Injektionen): _____		
Verbände: <input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden _____		
<input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden _____		
<input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden _____		
Lokalisation / Wundbefund: _____		
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer): _____		

**Grundpflege:**

Anleitung zur Grundpflege \_\_\_\_\_ folgende Leistungen \_\_\_\_\_ Anzahl/Einsätze \_\_\_\_\_

	Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____
<b>Hauswirtschaftliche Versorgung:</b>	_____	_____

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Pflegedienst  
– der Abrechnung beizufügen

## Genehmigung der Krankenkasse

Als häusliche Krankenpflege werden nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung die Kosten vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ übernommen.

in folgendem Umfang die Kosten vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ übernommen:

Maßnahmen	Häufigkeit	Dauer
<i>Original</i>		

Bemerkungen / Hinweise:

---

---

---

---

Die Original-Genehmigung (Teil 12c) ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die häusliche Krankenpflege über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist

- vom Vertragsarzt die Folgeverordnung **in den letzten 3 Werktagen vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums auszustellen und
- **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums der Antrag einschließlich der erneuten Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr.

\_\_\_\_\_  
geb. am

**Freigabe 01.09.2014**

**Verbindliches Muster**

Datum

Unterschrift

Stempel der Krankenkasse

# Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

**!** Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung  Folgeverordnung

vom 

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

 bis 

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

 Unfall Unfallfolgen

**Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen:** \_\_\_\_\_

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)**  
Besonderheiten lt. Verzeichnis: \_\_\_\_\_

**Häusliche Krankenpflege erfolgt:**  statt Krankenhausbehandlung  zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

**Folgende Maßnahmen sind notwendig** (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

**Behandlungspflege:**

Anleitung zur Behandlungspflege \_\_\_\_\_ folgende Leistungen \_\_\_\_\_ Anzahl/Einsätze \_\_\_\_\_

	Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____

Lokalisation/Grad/Größe: \_\_\_\_\_

Injektionen:  herrichten  i.m.  s.c. \_\_\_\_\_

Medikamentengabe:  herrichten  verabreichen \_\_\_\_\_

Präparate:  
(auch bei Injektionen): \_\_\_\_\_

Verbände:  Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden \_\_\_\_\_

Anlegen von Kompressionsverbänden \_\_\_\_\_

Anlegen und Wechseln von Wundverbänden \_\_\_\_\_

Lokalisation / Wundbefund: \_\_\_\_\_

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer): \_\_\_\_\_

**Grundpflege:**

Anleitung zur Grundpflege \_\_\_\_\_ folgende Leistungen \_\_\_\_\_ Anzahl/Einsätze \_\_\_\_\_

	Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____

**Hauswirtschaftliche Versorgung:** \_\_\_\_\_

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
Ausfertigung für den Vertragsarzt

**Heilmittelverordnung 13**  
**Maßnahmen der**  
**Physikalischen Therapie/**  
**Podologischen Therapie**

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.

--	--	--	--	--

Faktor

--	--

Wegegeld-/Pauschale

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

Faktor

--	--

km

--	--

Faktor

--	--

Hausbesuch

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

Faktor

--	--

**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

Hausbesuch

--	--	--	--	--

Rechnungsnummer

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

Belegnummer

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

Verordnungsmenge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

Anzahl pro Woche


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

--	--	--	--

ICD-10 - Code

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

ICD-10 - Code

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

**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 29.04.2016**

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

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
		Hausbesuch
		Faktor
		Hausbesuch
		Faktor

Rechnungsnummer

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

Belegnummer

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

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

Behandlungsbeginn spätest. am:

<input type="checkbox"/> Erstverordnung	<input type="checkbox"/> Folgeverordnung	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie	T	T	M	M	J	J
---	--	--	---	---	---	---	---	---

Hausbesuch:  Ja  Nein

Therapiebericht:  Ja  Nein

Verordnung außerhalb des Regelfalles:  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

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

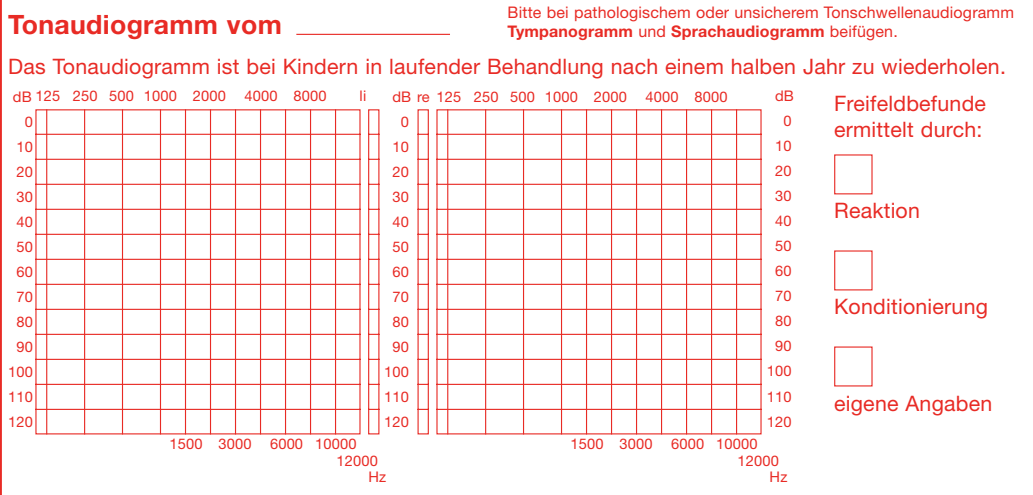
Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund)

---

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

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

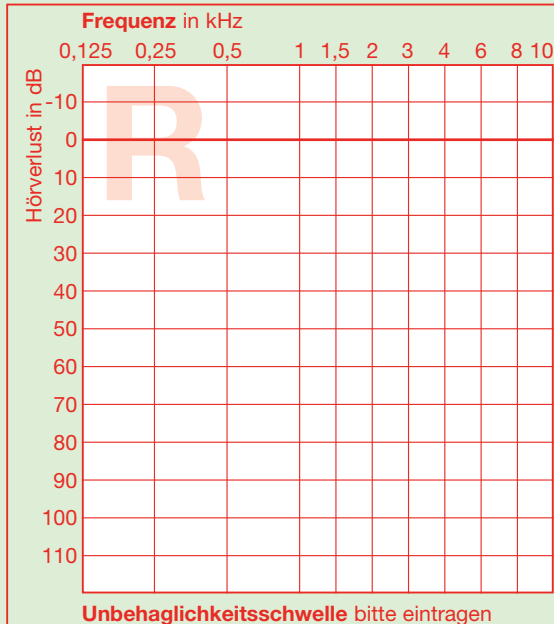
R

Links

L

Ohrbefund

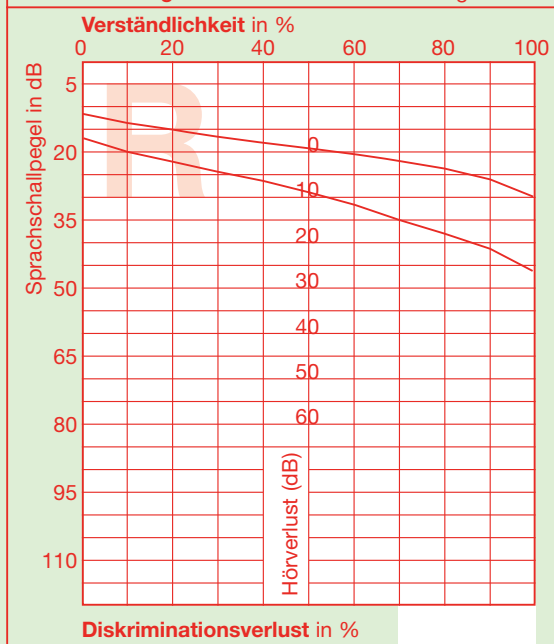
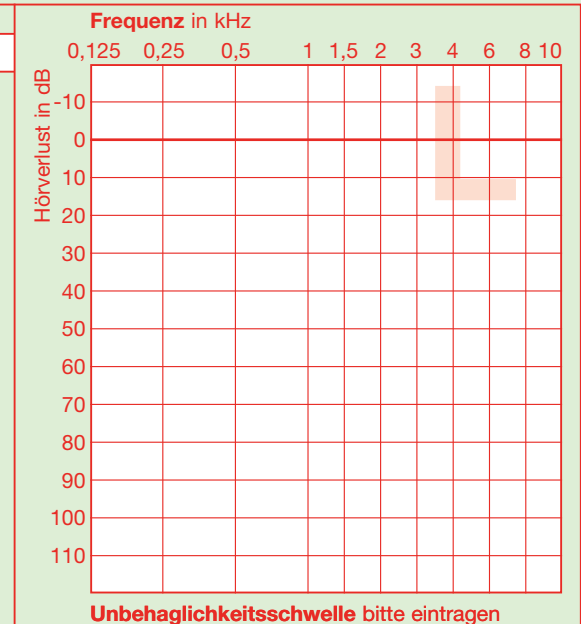
**Gehörgang** normal  operativ erweitert  eng   
**Trommelfell** intakt  durchlöchert  feucht



**Weber bei 500 Hz**  
R med. L

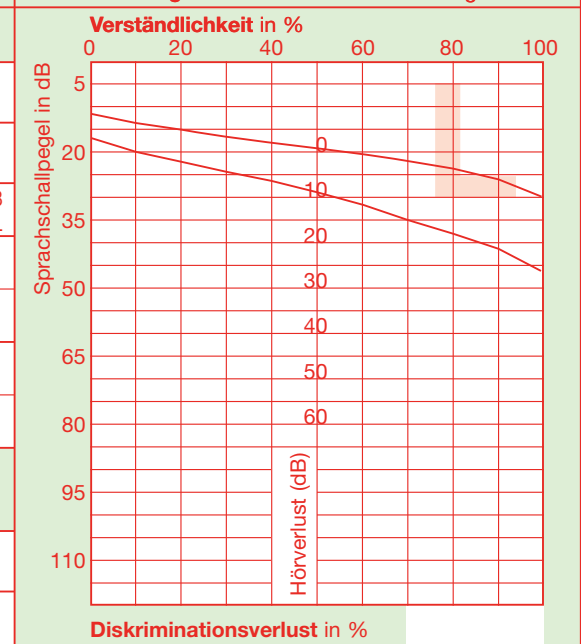
**Geräusch**

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	dB HL
Stapedius-Reflex		
0,5 kHz		
1 kHz		
2 kHz		
4 kHz		
R	Fl. Spr. (Zahlen)	L
	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 Arbeitgebervummer

## 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

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								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor						
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Hausbesuch	Faktor	Hausbesuch	Faktor												
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

### 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

Rechnungsnummer

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

Belegnummer

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

Verordnungsmenge	<b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b>	Anzahl pro Woche																										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

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 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

ärztlicher  
Notfalldienst

Urlaubs- bzw.  
Krankheitsvertretung

Notfall

Quartal

Unfall  
Unfallfolgen

Geschlecht  W  M

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

Three rows of empty boxes for entering diagnoses or billing reasons.

Arbeitsunfähigkeit  
bescheinigt bis

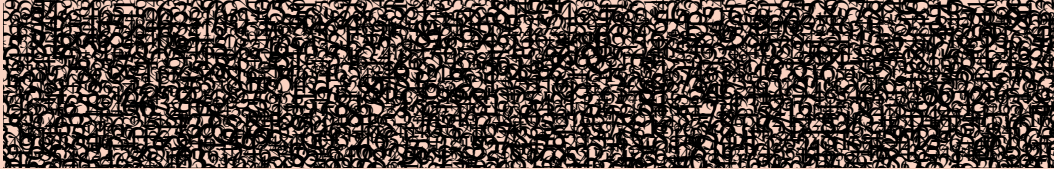


Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:

Large empty box for the treating physician's signature and details.

Befunde/Therapie

bitte auf Teil b eintragen!



Grid for recording dates of absence, with columns for Tag and Mon. and rows for multiple dates.

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Nicht zu verwenden  
bei Arbeitsunfällen,  
Berufskrankheiten  
und Schülerunfällen



Vertragsarztstempel

**Notfall-/Vertretungsschein**

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

ärztlicher Notfalldienst    
  Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung    
  Notfall    
 Quartal

Unfall Unfallsfolgen    
 Geschlecht  W  M

**Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen**


**Befunde/Therapie**

---



---



---

Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis

*Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:*

---

Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

**Mitteilung für den  
weiterbehandelnden  
Arzt**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel



# 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

## 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 einschließlich

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

der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.

Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung

notwendig

 ja nein

Unfall

 ja nein

**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

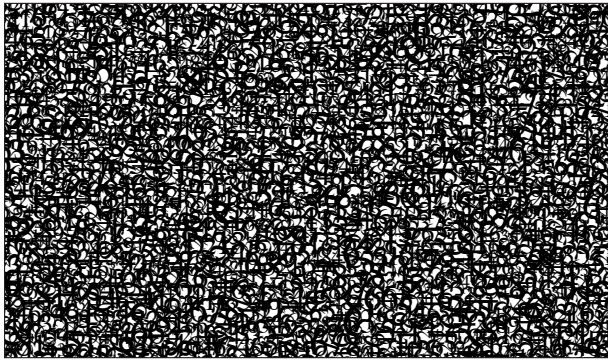
Ausstellungsdatum

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 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: \_\_\_\_\_

---

**Freigabe 01.09.2014**

**Verbindliches Muster**

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

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

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 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:

---



---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

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

**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:

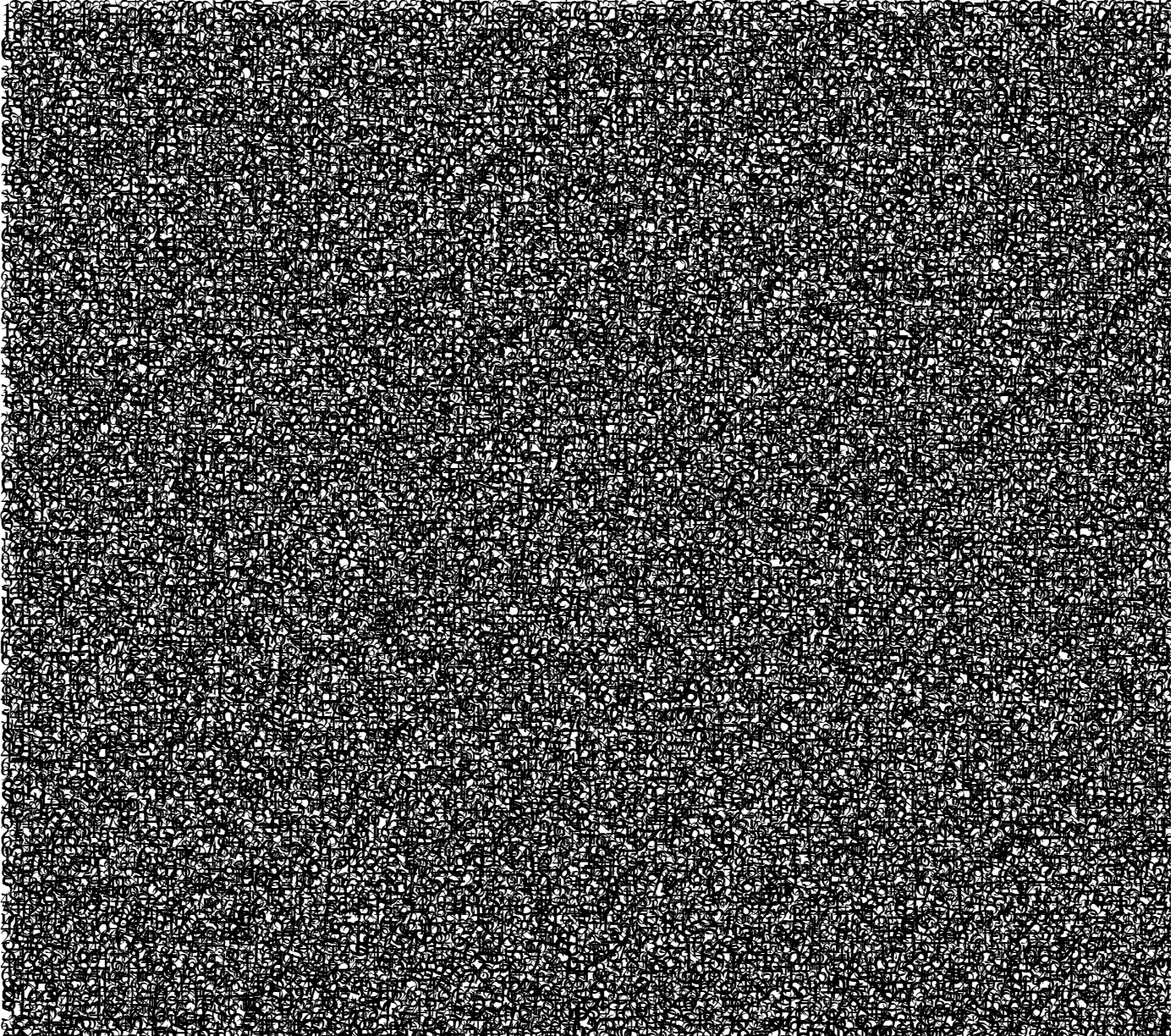
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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)

Schweregrad (lt. GAF-SKALA)	Die Erkrankung besteht seit	T   T   M   M   J   J
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen		
Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren		

Anschrift und Telefonnummer des Versicherten Straße		Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
PLZ		Wenn ja, für welche Angelegenheiten?	
Ort			
Telefonnummer			
Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen Name		Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers Name	
Straße		Straße	
PLZ		PLZ	
Ort		Ort	
Telefonnummer		Telefonnummer	
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung)	Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten	Beantragte Zahl der Therapieeinheiten	
	Voraussichtliche Dauer der Therapie	Bereits durchgeführte Leistungen	

Prognose			
Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> wird vermieden	<input type="checkbox"/> wird verkürzt	<input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar
Begründung			
Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt			

<b>Original bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen</b>	Ort und 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)

Schweregrad (lt. GAF-SKALA)	Die Erkrankung besteht seit	T   T   M   M   J   J
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen		
Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren		

Anschrift und Telefonnummer des Versicherten Straße		Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
PLZ	Ort	Wenn ja, für welche Angelegenheiten?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer		
Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen Name		Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers Name
Straße		Straße
PLZ	Ort	PLZ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer		Telefonnummer
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung)	Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten	Beantragte Zahl der Therapieeinheiten
	Voraussichtliche Dauer der Therapie	Bereits durchgeführte Leistungen

Prognose		
Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> wird vermieden	<input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar
Begründung		
Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt		

<b>Ausfertigung zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer</b>	Ort und 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)

Schweregrad (lt. GAF-SKALA)	Die Erkrankung besteht seit	T   T   M   M   J   J
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen		
Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren		

Anschrift und Telefonnummer des Versicherten Straße		Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
PLZ	Ort	Wenn ja, für welche Angelegenheiten?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer		
Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen Name		Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers Name
Straße		Straße
PLZ	Ort	PLZ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer		Telefonnummer
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung)	Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten	Beantragte Zahl der Therapieeinheiten
	Voraussichtliche Dauer der Therapie	Bereits durchgeführte Leistungen

Prognose		
Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> wird vermieden	<input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar
Begründung		
Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt		

<b>Ausfertigung zum Verbleib beim verordnenden Arzt</b>	Ort und Datum
---	---------------

**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

*(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

**Ausfertigung zum Verbleib  
beim soziotherapeutischen  
Leistungserbringer**

Datum Unterschrift des Patienten

*(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
-------	------------------------------

**Ausfertigung  
zum Verbleib beim  
verordnenden Arzt**

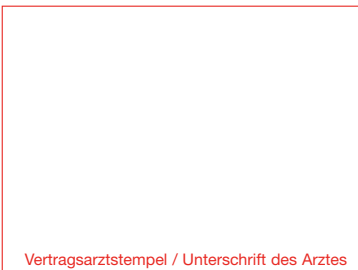
Datum	Unterschrift des Patienten
-------	----------------------------

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

Diagnose (ICD-10)	Die Erkrankung besteht seit	T   T   M   M   J   J
-------------------	-----------------------------	-----------------------

Krankenhausbehandlung  wird vermieden  wird verkürzt  ist nicht ausführbar

<p><b>Erklärung des Arztes</b></p> <p>Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu</p> <p>Datum</p> <p>T   T   M   M   J   J</p>	<p>Soziotherapeutischer Leistungserbringer</p> <p>Name</p> <p>Anschrift</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--



**Soziotherapeutischer Leistungserbringer**

Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe.

**Abrechnung**

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum	Leistung

**Bemerkungen zur Abrechnung**

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

Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Geldinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

IK des Leistungserbringers | | | | | | | | | |

**Original bitte vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterleiten**

Datum

T | T | M | M | J | J

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers

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

Diagnose (ICD-10)	Die Erkrankung besteht seit	T   T   M   M   J   J
-------------------	-----------------------------	-----------------------

Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> wird vermieden	<input type="checkbox"/> wird verkürzt	<input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar
-----------------------	---	--	---

<p><b>Erklärung des Arztes</b></p> <p>Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu</p>	<p>Soziotherapeutischer Leistungserbringer</p> <p>Name</p> <p>Anschrift</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Datum</p> <p>T   T   M   M   J   J</p>	<p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>

**Soziotherapeutischer Leistungserbringer**

Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe.

**Abrechnung**

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum	Leistung

**Bemerkungen zur Abrechnung**

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

Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Geldinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

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

**Ausfertigung zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer**

Datum

T | T | M | M | J | J

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers

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

Diagnose (ICD-10)	Die Erkrankung besteht seit	T   T   M   M   J   J
-------------------	-----------------------------	-----------------------

Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> wird vermieden	<input type="checkbox"/> wird verkürzt	<input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar
-----------------------	---	--	---

<p><b>Erklärung des Arztes</b></p> <p>Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu</p>	<p>Soziotherapeutischer Leistungserbringer</p> <p>Name</p> <p>Anschrift</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Datum</p> <p>T   T   M   M   J   J</p>	<p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>

**Soziotherapeutischer Leistungserbringer**  
 Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe.

**Abrechnung**  
 Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum	Leistung

**Bemerkungen zur Abrechnung**

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

Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Geldinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

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

**Ausfertigung zum Verbleib beim verordnenden Arzt**

Datum

T | T | M | M | J | J

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers



## 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

Geburtsdatum

Freigabe 10.11.2008

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

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

- 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? \_\_\_\_\_

**Befund**  nein  ja

**Vulva** Inspektion auffällig

**Portio und Vagina** Spiegeleinstellung auffällig

**Inneres Genitale** Gyn. Tastbefund auffällig

**Inguinale Lymphknoten** auffällig

Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde

**Haut** Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentfleckens oder Knotens

**Mamma** Inspektions-/Tastbefund auffällig

Axilläre Lymphknoten auffällig

**Rektum / Kolon** Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl

Neu aufgetr. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang

Tastbefund auffällig

Stuhltest zurückgegeben

Stuhltest positiv

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

/     /

Zusätzl. ab dem Alter von 30 Jahren

Zusätzl. ab dem Alter von 50 Jahren

**Verbindliches Muster**

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

IUP

Ovulationshemmer

Sonstige Hormon-Anwendung

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

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

**Befund**  nein  ja

**Vulva** Inspektion auffällig

**Portio und Vagina** Spiegeleinstellung auffällig

**Inneres Genitale** Gyn. Tastbefund auffällig

**Inguinale Lymphknoten** auffällig

Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde

<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 \_\_\_\_\_

Döderleinflora  Mischflora  Kokkenflora

Trichomonaden  Candida  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 type="checkbox"/> <sup>32</sup> <input type="checkbox"/> <sup>33</sup>
31	31	32 33

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

## 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

nein	ja
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) \_\_\_\_\_

**Freigabe 04.08.2005**

eine Verordnung von Krankenhausbehandlung

ausgestellt.

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

\_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum

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

**Freigabe 04.08.2005**

**Verbindliches Muster**

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

**Verbindliches Muster**

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

 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

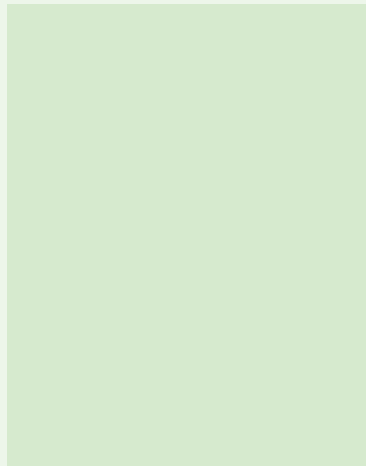
Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

- 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**

**Freigabe 25.11.2015**

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

# Verordnung von medizinischer Rehabilitation

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

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **	
1. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<p><b>* Seitenlokalisierung</b> R = rechts L = links B = beidseits</p> <p><b>** Mögliche Ursache der Erkrankung</b> (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)</p> <p>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)</p>
2. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	
3. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	
<b>B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen</b>				
4. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	
5. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	
6. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	

## 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. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
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)**

\_\_\_\_\_

**Verbindliches Muster**

**Ausfertigung für den Vertragsarzt**

## 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

---



---



---



---



---



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**

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**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



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 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)

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

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

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	<input type="text"/>				
♂	<input type="text"/>				
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>♂</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	♀	<input type="text"/>	♂	<input type="text"/>
♀	<input type="text"/>				
♂	<input type="text"/>				
Medikamentenkosten (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>♂</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	♀	<input type="text"/>	♂	<input type="text"/>
♀	<input type="text"/>				
♂	<input type="text"/>				
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>♂</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	♀	<input type="text"/>	♂	<input type="text"/>
♀	<input type="text"/>				
♂	<input type="text"/>				
<b>Gesamtsumme</b> pro Zyklusfall (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>♂</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	♀	<input type="text"/>	♂	<input type="text"/>
♀	<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

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal  Zyklen/Zyklus **genehmigt**

**nicht genehmigt** (separate Begründung anbei)

Ort  Datum

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 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)

♀							
♂							
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 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

Muster 70Ab (10.2014)

**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