

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

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

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

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

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

festgestellt am

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

Versorgungs-
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation

stufenweise
Wiedereingliederung

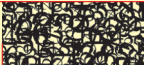
Sonstige

Im Krankengeldfall

ab 7. AU-Woche oder
sonstiger Krankengeldfall

Endbescheinigung

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

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

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

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

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

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

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

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

festgestellt am

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

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**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 für Versicherte

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

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

sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

Versorgungs-
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation

stufenweise
Wiedereingliederung

Sonstige _____

Im Krankengeldfall

ab 7. AU-Woche oder
sonstiger Krankengeldfall

Endbescheinigung

Hinweis für Versicherte zum Krankengeld

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

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

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

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

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

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

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

festgestellt am

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung zum Verbleib beim Arzt

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

Versorgungs-
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation

stufenweise
Wiedereingliederung

Sonstige _____

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

Freigabe 01.09.2014

**Verordnung von
Krankenhausbehandlung**

2

(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

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

Bitte die Rückseite beachten!

Muster 2a (10.2014)

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

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

gekündigt / befristet zum

beschäftigt, bei

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

**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

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

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

Behandlungsdaten

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

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

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

nein
 ja, folgende:

Verbindliches Muster

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Überweisungsschein

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

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

Quartal
 Q J J
 Geschlecht
 W M

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

T T M M J J
 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



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)

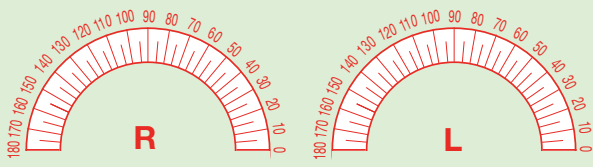
Sehbehinderung mindestens WHO 1

Reparatur Ersatz

Menge und Art der Verordnung:

Diagnose/Begründung:

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



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**.

Verordnung von 8A vergrößernden Sehhilfen

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

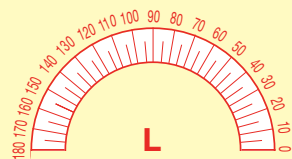
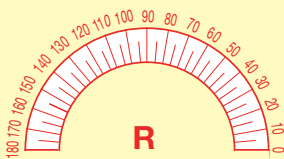
Reparatur Ersatz

Menge und Art der Verordnung:

--

Diagnose/Begründung:

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



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

1. Frühgeburt, geboren am

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

- a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm
- b) Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, es besteht jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen oder verfrühter Beendigung der Schwangerschaft
- c) Totgeburt ab 500 Gramm und mit Anzeichen nach a) oder b)

2. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

- Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor
Bitte Rückseite ausfüllen!

Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes

9

Erforderlich für die Gewährung des verlängerten Mutterschaftsgeldes. Diese Bescheinigung erübrigt sich bei Mehrlingsgeburten.

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Wird die Verlängerung des Mutterschaftsgeldes aufgrund einer Behinderung des Kindes beantragt, sind folgende Angaben von der Versicherten **vor der Weitergabe der Bescheinigung an die Krankenkasse** einzutragen:

Hiermit beantrage ich die Auszahlung des verlängerten Mutterschaftsgeldes.
(Die Angaben sind nur erforderlich, wenn die Daten von der Vorderseite abweichen.)

Name, Vorname der Versicherten

Geburtsdatum

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

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Wohnort

Freigabe 19.03.2018

--	--	--	--	--

Erklärung

Für Arbeitnehmerinnen:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse meinen Arbeitgeber über die Auszahlung des verlängerten Mutterschaftsgeldes informiert.

Für Bezieherinnen von Arbeitslosengeld:

Ich informiere die Agentur für Arbeit über die verlängerte Mutterschaftsgeldzahlung.

Datum

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

Verbindliches Muster

Unterschrift der Versicherten



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten
geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

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

Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an Telefon Nr. _____ Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum Abnahmezeit
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

Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Verbindliches Muster

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

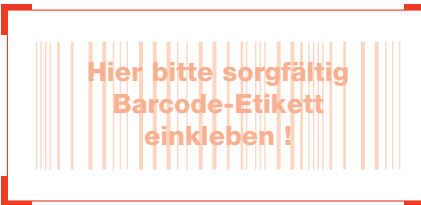
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

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	
EDTA		<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
Citrat		<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
				Urin	
				<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 Arbeitsfähigkeit beendet ist.

Datum der letzten Untersuchung

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

Diagnose _____

Befunde _____

Mitbehandlung nein ja, im Fachbereich _____

Es droht eine Verschlimmerung des Leidens oder Behinderung

Besondere Hinweise _____

Patientin / Patient kann den Medizinischen Dienst nicht aufsuchen, weil _____

Eine Begutachtung ist voraussichtlich nach

--	--

 Tagen / Wochen möglich. (*Nichtzutreffendes streichen*)

Arbeitsfähig ab

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

Voraussichtlich arbeitsfähig ab

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

Folgendes ist mit der Bitte um Rückgabe beigelegt:

Röntgen-
befund Ultraschall-
befund EKG-
befund

Labor-
befund Arzt- oder
Krankenhausbericht

Sonstiges _____

Freigabe 31.10.2014

Verbindliches Muster

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

Ausstellungsdatum

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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

--	--	--	--

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

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Unfall

vom

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

 bis

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

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

--

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Herrichten der Medikamentenbox
 Medikamentengabe
 Injektionen
 herrichten
 intramuskulär
 subkutan

Blutzuckermessung

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

--	--	--	--	--

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen
 Kompressionsstrümpfe ausziehen
 Kompressionsverbände anlegen
 Kompressionsverbände abnehmen

rechts
 links
 beidseits

Stützende und stabilisierende Verbände, Art

--	--	--	--	--

Wundversorgung, Präparate

--

--

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

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

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

	Anzahl
--	--------

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

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

Weitere Hinweise

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom bis

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

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

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

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

Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Datum

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

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

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom bis

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

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

Name des Pflegedienstes

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Institutionskennzeichen Pflegedienst

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)

Telefonnummer des Pflegedienstes Fax-Nr. des Pflegedienstes

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes

Datum

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

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

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

--	--	--	--

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

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Unfall

vom

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

 bis

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

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

--

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Herrichten der Medikamentenbox
 Medikamentengabe
 Injektionen
 herrichten
 intramuskulär
 subkutan

Blutzuckermessung

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

--	--	--	--	--

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen
 rechts
 links
 beidseits
 Kompressionsstrümpfe ausziehen
 Kompressionsverbände anlegen
 Kompressionsverbände abnehmen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art

--	--	--	--	--

Wundversorgung, Präparate

--

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

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

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

	Anzahl
--	--------

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

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

Weitere Hinweise

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Pflegedienst

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

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

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

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Unfall

vom

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

 bis

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

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

Herrichten der Medikamentenbox
 Medikamentengabe
 Injektionen herrichten intramuskulär subkutan

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamte Verordnung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Blutzuckermessung

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

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen rechts links beidseits
 Kompressionsverbände anlegen Kompressionsstrümpfe ausziehen
 Kompressionsverbände abnehmen
 Stützende und stabilisierende Verbände, Art _____

Wundversorgung, Präparate

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

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

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

Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

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

Weitere Hinweise

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt

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

Heilmittelverordnung 13 Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie

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

Behandlungsbeginn spätest. am

Verordnung außerhalb des Regelfalles

T T M M J J

Hausbesuch

Ja Nein

Therapiebericht

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)



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

Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

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

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

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

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

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Hausbesuch Ja Nein
 Therapiebericht Ja Nein

Stimmtherapie
 Sprechtherapie
 Sprachtherapie

Therapiedauer pro Sitzung: _____ Minuten
 Verordnungsmenge: _____
 Therapiefrequenz: _____ pro Woche

Indikationsschlüssel

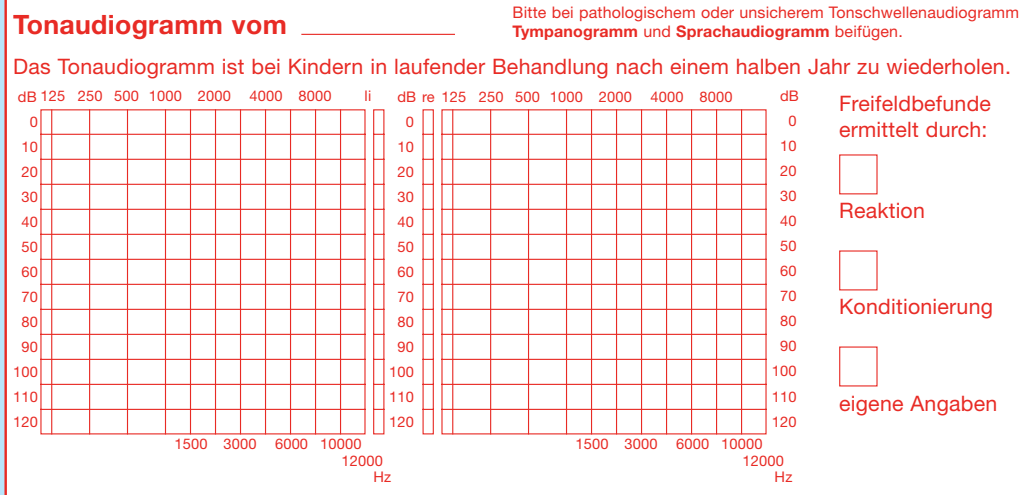
Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

ICD-10 - Code

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

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)



Trommelfellbefund:

Rechts

Links

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)

Rechts Links Rechts Links

Lupenlaryngoskopie: _____

Lupenstroboskopie Rechts Links

Amplitude

Randkantenverschiebung

Regularität Ja Nein

Kompletter Glottisschluss Ja Nein

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Begründung der Ablehnung: _____

Datum

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

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

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

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Therapieeinheiten erhalten zu haben

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

Datum

Behandlungsabbruch am

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

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Freigabe 29.04.2016

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____

IK des Leistungserbringers

Rechnungsnummer

Belegnummer

Der Anspruchsberechtigte war schon Träger eines Gerätes ja nein

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

Ohrbefund

Gehörgang normal operativ erweitert eng

Trommelfell intakt durchlöchert feucht

Rechts

R

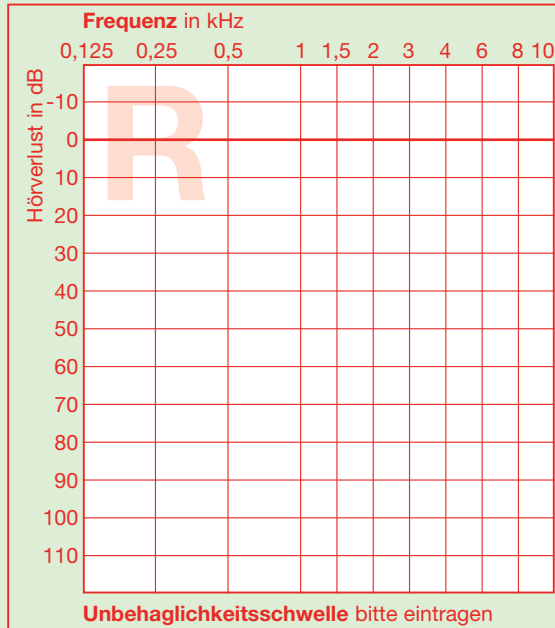
Links

L

Ohrbefund

Gehörgang normal operativ erweitert eng

Trommelfell intakt durchlöchert feucht

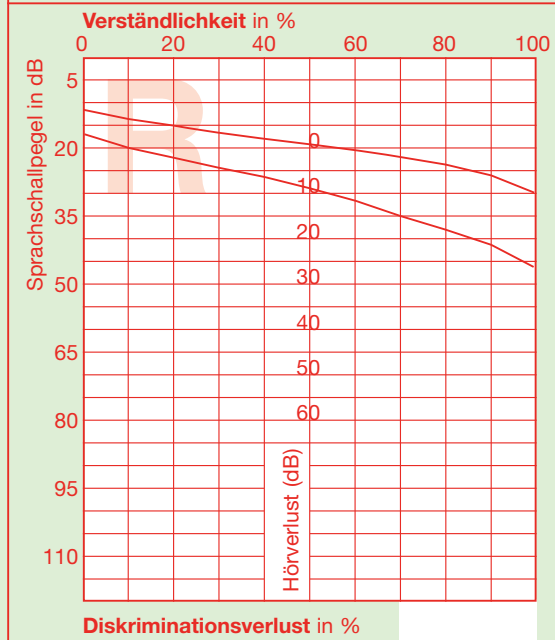
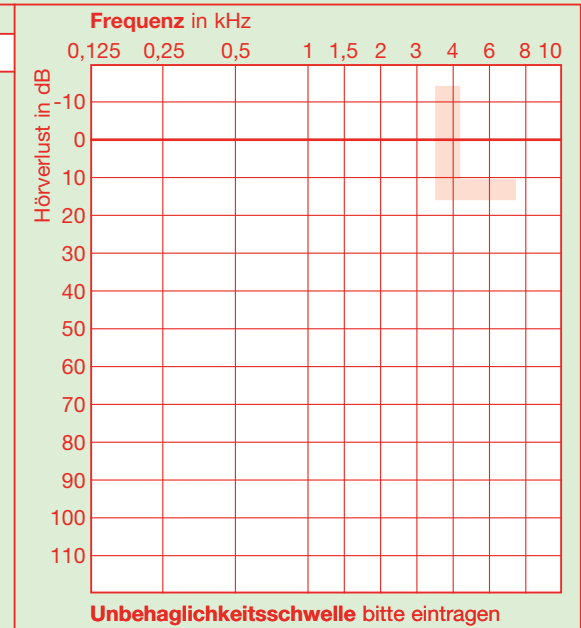


Weber bei 500 Hz

R med. L

Geräusch

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 dB



Impedanz

R Sondenohr L

MO-Druck mm H₂O

dB HL dB SL Stapedius-Reflex dB HL dB SL

0,5 kHz

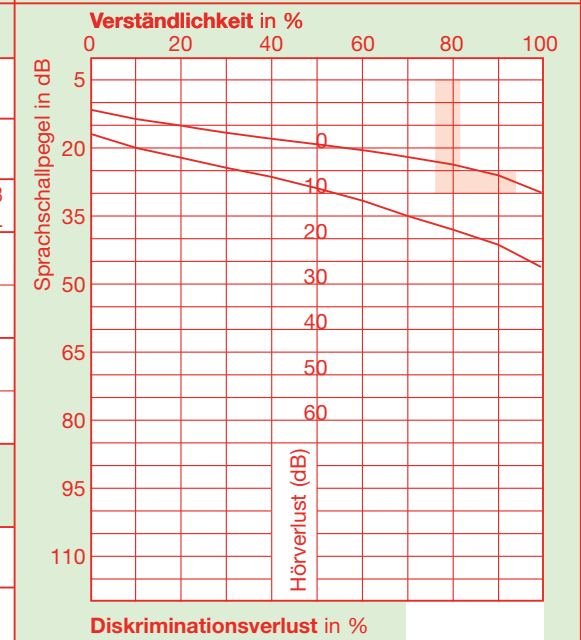
1 kHz

2 kHz

4 kHz

Fl. Spr. (Zahlen)

Um. Spr. (Zahlen)



Diagnose

Hörhilfe ist notwendig rechts links beiderseits

Tinnitusmasker / Tinnitusinstrument notwendig

rechts kHz verdeckbar dB links kHz verdeckbar dB

Die Schwerhörigkeit ist Folge von

Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (BVG)

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Wichtiger Hinweis für den Versicherten

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

Kostenvoranschlag des Hörgeräteakustikers

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

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

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

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

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

Gerät _____ Positionsnummer _____

Begründung _____

Stempel und Unterschrift _____

Ausgestellt am _____

Gesamtpreis _____ Euro

Kostenvoranschlag für

Tinnitusmasker Tinnitusinstrument

Ausgestellt am _____

Gesamtpreis _____ Euro

Stempel und Unterschrift _____

Ärztliche Bescheinigung

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

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

Ausgestellt am _____

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes _____

Leistung der Krankenkasse

Die Krankenkasse übernimmt _____ Euro

Ausgestellt am _____

Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung

Stempel und Unterschrift _____

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am _____ die verordnete Hörhilfe

erhalten zu haben den verordneten Tinnitusmasker/
das verordnete Tinnitusinstrument

Unterschrift des Empfängers _____

Freigabe 01.09.2014

Raum für interne Vermerke der Krankenkasse

Verbindliches Muster

Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr
frei

Name, Vorname des Versicherten

Geb.-
pfl.

noctu

geb. am

Verbindliches Muster

Sonstige

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Unfall

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Arbeits-
unfall

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

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

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut
idem

aut
idem

aut
idem

6667

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

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

**Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Empfangsbestätigung für Hilfsmittel

Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers
1		
2		
3		

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

Vermerke der Krankenkasse

Verbindliches Muster

Freigabe 01.09.2014

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

Heilmittelverordnung 18
Maßnahmen der Ergotherapie/ Ernährungstherapie

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

IK des Leistungserbringers

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

Gesamt-Zuzahlung

--	--	--	--	--

Gesamt-Brutto

--	--	--	--	--

Heilmittel-Pos.-Nr.

--	--	--	--	--

Faktor

--	--

Heilmittel-Pos.-Nr.

--	--	--	--	--

Heilmittel-Pos.-Nr.

--	--	--	--	--

Faktor

--	--

Wegegeld-/Pauschale

--	--	--	--	--

Faktor

--	--

km

--	--

Faktor

--	--

Hausbesuch

--	--	--	--	--

Faktor

--	--

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles

T T M M J J
 Behandlungsbeginn spätestens am

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 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

Datum

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

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Freigabe 28.07.2017

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Notfall-/Vertrettungsschein

ärztlicher
Notfalldienst

Urlaubs- bzw.
Krankheitsvertretung

Notfall Quartal

Unfall
Unfallfolgen

Geschlecht W M

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Arbeitsunfähigkeit
bescheinigt bis

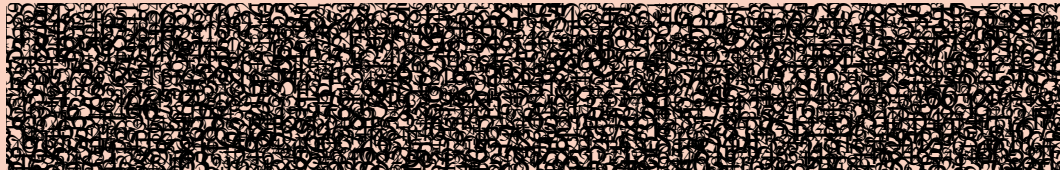


Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:

Blank area for doctor's signature.

Befunde/Therapie

bitte auf Teil b eintragen!



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"/>

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum

Unterschrift des Versicherten

**Nicht zu verwenden
bei Arbeitsunfällen,
Berufskrankheiten
und Schülerunfällen**



Verbindliches Muster

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

Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis

Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:

Befunde/Therapie

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

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____

Zum Verbleib beim vertretenden 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TTMMJJ	TTMMJJ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TTMMJJ	TTMMJJ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TTMMJJ	TTMMJJ	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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)
<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

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

Antrag des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Name, Vorname

Geburtsdatum

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

Versichertennummer

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

PLZ

--	--	--	--	--

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Freigabe 01.09.2014

Kontoinhaber

IBAN

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

Geldinstitut

BIC

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

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin und gegen meinen Arbeitgeber während der Freistellung von der Arbeit

keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe

Anspruch auf Entgeltfortzahlung für Tage habe

Ich bin Alleinerziehende(r) ja nein

Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen. Krankengeld aus Anlass einer früheren Erkrankung des umseitig genannten Kindes wurde in diesem Kalenderjahr von mir

nicht für Tage bezogen

Datum

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

Verbindliches Muster

Unterschrift des Versicherten

** Dieser Antrag ist von dem Versicherten zu stellen, der den Anspruch auf Krankengeld geltend macht.*

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

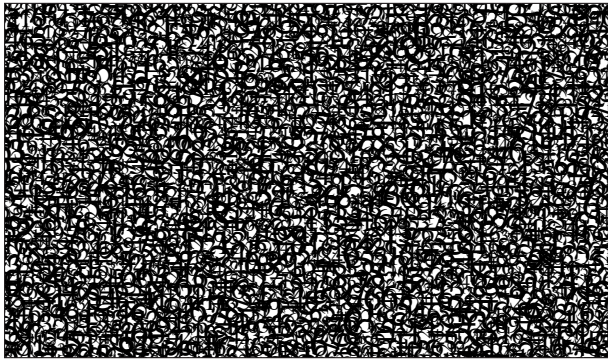
Ausstellungsdatum

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

Ausstellungsdatum

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

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Gutachter

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

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

Auf Veranlassung von:

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

Arztnummer

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

Betriebsstättennummer

Name des Therapeuten

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

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

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

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

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

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme:

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Konsiliarbericht

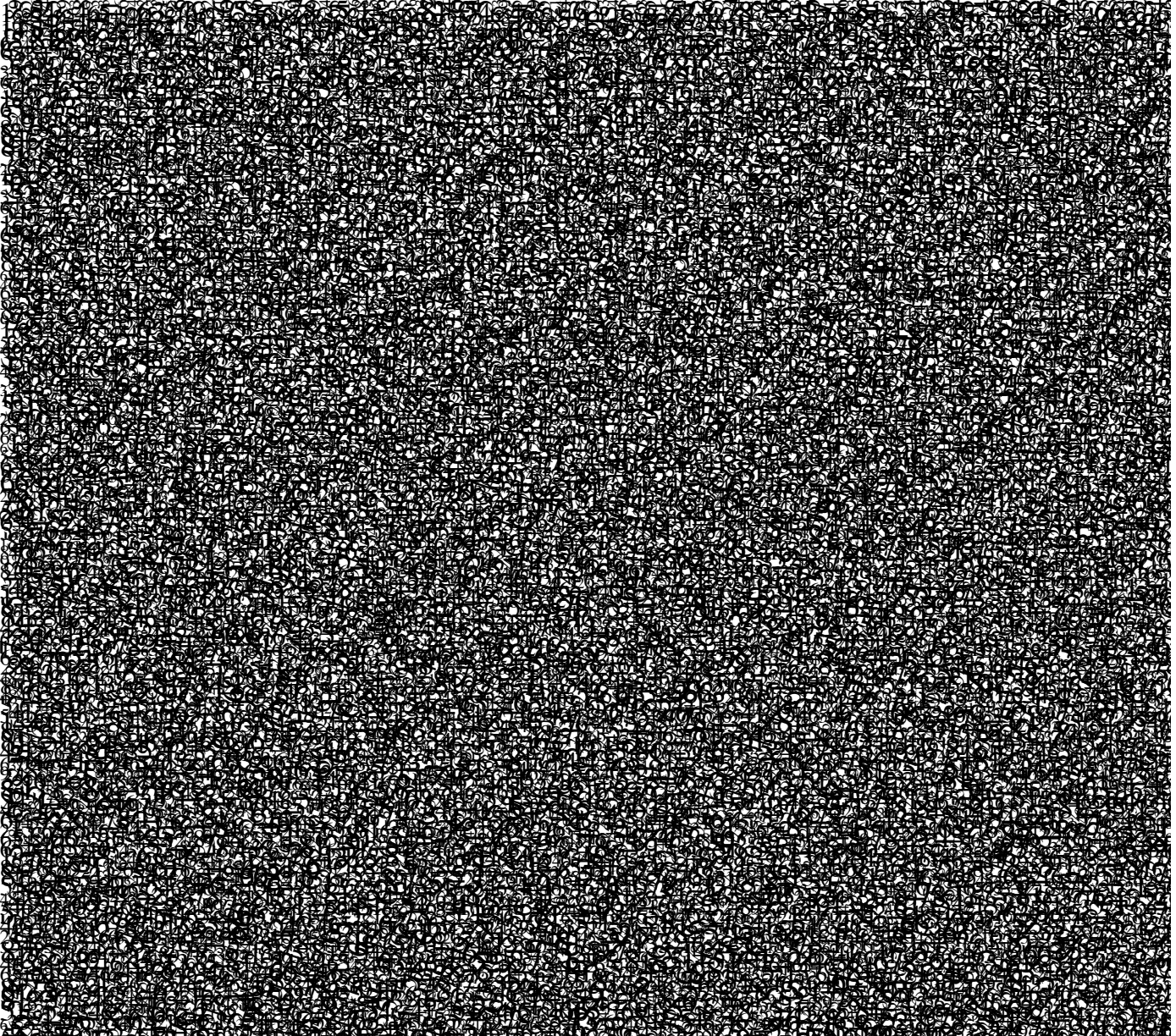
vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische
Psychotherapeuten und Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeuten

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

Auf Veranlassung von:

Arztnummer												
Betriebsstättennummer												

Name des Therapeuten



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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

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

Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit:

Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden

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

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung

	seit wann?	Ursache	Verlauf
1.			
2.			
3.			

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

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

Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:

Datum der letzten Untersuchung:

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

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

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

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

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

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

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

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

- nein ja, welche _____

empfohlener Kurort: _____ Dauer: _____ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur) ja nein

Ggf. weitere Bemerkungen: _____

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

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

Ort und Datum

gültig seit Juli 2009

verbindliches Muster

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

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

Diagnose
(ICD-10-Code)

Schweregrad
(lt. GAF-SKALA)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

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

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

Angaben des Versicherten

Straße

PLZ Ort

Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)

Angaben des nächsten Angehörigen

Name

Straße

PLZ Ort

Telefonnummer

Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name

Straße

PLZ Ort

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl
der TherapieeinheitenBeantragte Anzahl der
TherapieeinheitenVoraussichtliche Dauer
der TherapieBereits durchgeführte
Leistungen

Prognose

Krankenhausbehandlung

wird
vermiedenwird
verkürztist nicht
ausführbar

Begründung

Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist beigelegt!

Für das Ausstellen der *Erstverordnung* ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.
Für das Ausstellen der *Folgeverordnung* ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem
soziotherapeutischen Behandlungsplan der Krankenkasse vorlegen!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Diagnose
(ICD-10-Code) _____

Schweregrad
(lt. GAF-SKALA) _____

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

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

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

Angaben des Versicherten

Straße

PLZ Ort

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

Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)

Angaben des nächsten Angehörigen

Name

Straße

PLZ Ort

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

Telefonnummer

Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name

Straße

PLZ Ort

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

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl
der Therapieeinheiten _____

Beantragte Anzahl der
Therapieeinheiten _____

Voraussichtliche Dauer
der Therapie _____

Bereits durchgeführte
Leistungen _____

Prognose

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Begründung

Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!

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

Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Diagnose
(ICD-10-Code) _____Schweregrad
(lt. GAF-SKALA) _____Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

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

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

Angaben des Versicherten

Straße

PLZ Ort

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

Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)

Angaben des nächsten Angehörigen

Name

Straße

PLZ Ort

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

Telefonnummer

Angaben zum BetreuerWurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name

Straße

PLZ Ort

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

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl
der Therapieeinheiten _____Beantragte Anzahl der
Therapieeinheiten _____Voraussichtliche Dauer
der Therapie _____Bereits durchgeführte
Leistungen _____

Prognose

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Begründung

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

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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

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

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen		
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum Unterschrift des Therapeuten

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

Datum Unterschrift des Patienten

*(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

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum

**Ausfertigung zum Verbleib
beim soziotherapeutischen
Leistungserbringer**

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum Unterschrift des Therapeuten

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

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

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

Diagnose (ICD-10-Code)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Erklärung des Arztes

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

Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Straße

PLZ Ort

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

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Psychotherapeutischer Leistungserbringer

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

IK des Leistungserbringers

Abrechnung des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Folgende Leistungen wurden erbracht

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

Bemerkungen zur Abrechnung

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

Kontoinhaber

IBAN

BIC Geldinstitut

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Diese Ausfertigung ist vom psychotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div>		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

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

Diagnose
(ICD-10-Code) _____

Erkrankung besteht seit (falls bekannt) T | T | M | M | J | J

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Erklärung des Arztes

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

Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

--	--	--	--	--

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

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Psychotherapeutischer Leistungserbringer

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

IK des Leistungserbringers

Abrechnung des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum	Leistung
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	

Bemerkungen zur Abrechnung

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

Kontoinhaber

IBAN

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

BIC

Geldinstitut

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

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Ausfertigung für den psychotherapeutischen Leistungserbringer

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

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

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

Diagnose (ICD-10-Code) _____

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

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

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Erklärung des Arztes

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

Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Straße

PLZ Ort

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

Datum

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Psychotherapeutischer Leistungserbringer

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

IK des Leistungserbringers

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

Abrechnung des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum	Leistung						
<table border="1" style="display: inline-table;"><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		
<table border="1" style="display: inline-table;"><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		
<table border="1" style="display: inline-table;"><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		
<table border="1" style="display: inline-table;"><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		
<table border="1" style="display: inline-table;"><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		

Bemerkungen zur Abrechnung

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

Kontoinhaber

IBAN

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

BIC

Geldinstitut

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

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Datum

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

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des psychotherapeutischen 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
Freigabe 10.11.2008

Geburtsdatum

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
--

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

Haut Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentfleckens oder Knotens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamma 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

/ /

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

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

Befund

Haut Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentfleckens oder Knotens

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

Äußeres Genitale auffällig

Prostata auffällig isolierte Verhärtung
totale Verhärtung

Rektum / Kolon Tastbefund auffällig
Stuhltest zurückgegeben
Stuhltest positiv

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

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

Inguinale Lymphknoten auffällig
Bisher unbekannte behandlungsbedürftige Nebefunde

RR

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

Bei Werten über 140/90 2. Messung eintragen

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

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse

Sehr geehrte(r) Frau / Herr _____

Sie haben am

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

 für Frau / Herrn

Name und Vorname des Versicherten _____

Geburtsdatum

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

Anschrift des Versicherten _____

Versichertennummer

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

eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

folgende Verordnung(en) _____

eine Verordnung von Krankenhausbehandlung

ausgestellt.

Freigabe 04.08.2005

Bitte geben Sie auf der Rückseite Auskunft zu folgendem Sachverhalt:

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

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

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
Freiumschlag

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

Verbindliches Muster

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Wurde der Name und das Geburtsdatum von uns richtig wiedergegeben?

 ja nein

Wenn nein, bitte berichtigen:

Name und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

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

Hat ein Behandlungsausweis zum Zeitpunkt der Behandlung vorgelegen?

 ja nein

Name der Krankenkasse

Bei Kassenwechsel:

Name der neuen Krankenkasse

Bitte nur bei Angabe einer neuen Krankenkasse ausfüllen!

Behandlungstag

EBM-Nr.

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

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

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

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

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

Behandlungstag

EBM-Nr.

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

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

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

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

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

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

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

Verbindliches Muster

Anlage
Freiumschlag

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 Reports 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

**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

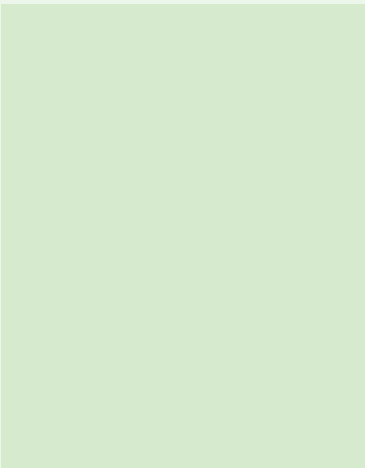
Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

- 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

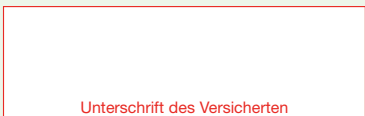
- Rehabilitationssports** gemäß § 43 Abs.1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 64 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX für
- 50 Übungseinheiten /18 Monate
- 120 Übungseinheiten /36 Monate
- Übungseinheiten
- 90 Übungseinheiten /24 Monate (Herzgruppen)
- 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen)
- 45 Übungseinheiten /12 Monate (Herzgruppen)

- Funktionstrainings** gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 64 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



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. 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. 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: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>* Seitenlokalisierung R = rechts L = links B = beidseits</p> <p>** Mögliche Ursache der Erkrankung (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: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
3.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
4.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
5.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
6.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" 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)

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Verbindliches Muster

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<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"/>
Selbstversorgung	<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"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (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"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (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
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<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"/>
Selbstversorgung	<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"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (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"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Kontextfaktoren

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

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

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

- Bewegungsmangel Fehlhaltung
 Übergewicht
 Untergewicht
 Medikamente
 Nikotin
- Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)

Verbindliches Muster

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

ja

nein

IV. Rehabilitationsziele

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

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

V. Rehabilitationsprognose

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

ja

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

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant

ambulant-mobil

stationär

Mütter-Leistung

Väter-Leistung

als Mutter-Kind-Leistung

als Vater-Kind-Leistung

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

nein

ja, welche?

VII. Sonstige Angaben

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

neuer Indikation

Verschlimmerung bei gleicher Indikation

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

ja

nein

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

ja

nein

D. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel

PKW erforderlich

Begleitperson erforderlich

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

F. Rückruf erbeten unter

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

 ja

 nein

IV. Rehabilitationsziele

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

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

V. Rehabilitationsprognose

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

 ja

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

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant

ambulant-mobil

stationär

Mütter-Leistung

Väter-Leistung

als Mutter-Kind-Leistung

als Vater-Kind-Leistung

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

 nein

 ja, welche?

VII. Sonstige Angaben

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

neuer Indikation

Verschlimmerung bei gleicher Indikation

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

 ja

 nein

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

 ja

 nein

D. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel

PKW erforderlich

Begleitperson erforderlich

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

F. Rückruf erbeten unter

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

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

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

Erstverordnung Folgeverordnung

Unfall Unfallfolgen

vom

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

 bis

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

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

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

Komplexes Symptomgeschehen

ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

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

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

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

Folgende Maßnahmen sind notwendig

Beratung a. des behandelnden Arztes Koordination der Palliativversorgung

b. der behandelnden Pflegefachkraft

c. des Patienten / der Angehörigen

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

Additiv unterstützende Teilversorgung Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Antrag des Versicherten

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

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

Datum

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

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom

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

 bis

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

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

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

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Datum

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

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

in folgendem Umfang übernommen

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

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

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versichertennummer

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

Geburtsdatum

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

Datum

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

Freigabe 01.09.2014

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

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 / 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



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

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer

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 / 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



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für den verordnenden Arzt

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)	♀
	♂
Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀
	♂
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)	♀
	♂
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♀
	♂

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

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

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"/>				
Gesamtsumme 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"/>				
Gesamtsumme 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 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)	♀ ♂						
Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀ ♂						
Ort	Datum						
	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J		

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

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	
♂	
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ ♂
Medikamentenkosten (Euro)	♀ ♂
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ ♂
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♀ ♂

--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

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

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

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

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

Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum

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

--

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum

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

--

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

Verbindliches Muster

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

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

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

zum Behandlungsplan vom

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

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

I Indikation(en)

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung

II Geplante Behandlungsmaßnahme

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

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

--

III Kostenschätzung

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

a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

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

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

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	
♂	
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀ ♂
Medikamentenkosten (Euro)	♀ ♂
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀ ♂
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♀ ♂

--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

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

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

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

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

Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigung

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum

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

--

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum

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

--

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

Verbindliches Muster

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

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

Quartal
gültig für | Q | J | J |

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

Ausstellungsdatum

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

Freigabe 01.09.2014

verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

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

Freigabe 01.12.2016



Aktenzeichen Mitteilungsmanagement (MiMa)

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Leistungsbereich

Ansprechpartner Krankenkasse

Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Daten des Versicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ Ort

KV-Nummer

Aktenzeichen Krankenkasse

Daten des Arztes/Leistungserbringers

Name, Vorname / Firma

Straße

PLZ Ort

Arzt-Nummer (LANR)

IK des Leistungserbringers

Anforderungsdatum