

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

**der GKV-Spitzenverband**  
**(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)**, K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

**Artikel 1**  
**9. Änderung**  
**der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-**  
**Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertrags-**  
**ärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014**  
**(Anlage 2a BMV-Ä)**

1. In Kapitel 1.1 wird Abschnitt 1.1.15 wie folgt geändert:

*„Jede zertifizierte Software erhält eine Prüfnummer (PRF.NR.). Diese ist am unteren rechten Formularrand gemäß der in Kapitel 2 enthaltenen Muster anzugeben. Die technischen Einzelheiten können dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung entnommen werden.“*

2. In der Übersicht in Kapitel 1.4 werden die Einträge zu Muster 18/E wie folgt geändert:

„

Muster 18.1/E	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie / Ernährungstherapie)	Vorder- und Rückseite des Formulars für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 18.2/E	Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie / Ernährungstherapie))	Vorder- und Rückseite des Formulars für die Krankenkasse	Ja	0

”

3. Die Nummern 2.1 sowie 2.1.8 bis 2.1.11 werden wie folgt geändert:

**„2.1 Muster 1/E: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Stand: 1.2018)**

## 2.1.8 Muster 1a/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung</h3> <p><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit</p> <p>arbeitsunfähig seit _____</p> <p>voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____</p> <p>festgestellt am _____</p>	<p><input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>												
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse</div>													
<p><b>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; font-size: x-small;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; font-size: x-small;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; font-size: x-small;">ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; font-size: x-small;">ICD-10 - Code</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; font-size: x-small;">ICD-10 - Code</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; font-size: x-small;">ICD-10 - Code</td> </tr> </table>		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											
<p><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (z.B. BvG)</p> <p>Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p>													
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Im Krankengeldfall</b>    <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall    <input type="checkbox"/> Endbescheinigung</p> </div>													
<p style="font-size: x-small;">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p style="font-size: x-small; text-align: right;">PRF.NR. Muster 1a/E(1.2018)</p>													

*Original DIN A5 hoch*

2.1.9 Muster 1b/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.			Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung</h3> <p style="margin: 5px 0 0 0;"><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p style="margin: 5px 0 0 0;"><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p> <p style="font-size: small; margin: 10px 0 0 0;">Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin: 10px 0 0 0;"></div> <p style="font-size: x-small; margin: 5px 0 0 0;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.												
	Arzt-Nr.	Datum											
<p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p style="margin: 5px 0 0 0;">arbeitsunfähig seit _____</p> <p style="margin: 5px 0 0 0;">voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____</p> <p style="margin: 5px 0 0 0;">festgestellt am _____</p>													
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber</div>													
<p style="font-size: x-small; margin: 0;">PRF.NR. Muster 1b/E(1.2018)</p>													

Original DIN A5 hoch

## 2.1.10 Muster 1c/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung</h3> <p><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p>arbeitsunfähig seit _____</p> <p>voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____</p> <p>festgestellt am _____</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>															
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Ausfertigung für Versicherte</div>																
<p><b>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">ICD-10 - Code</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">ICD-10 - Code</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">ICD-10 - Code</td> </tr> </table>		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														
<p><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (z.B. BVG)</p> <p>Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p>																
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Im Krankengeldfall</b>    <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall    <input type="checkbox"/> Endbescheinigung</p> <p><b>Hinweis für Versicherte zum Krankengeld</b>  <small>Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. 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.</small></p> </div>																
<small>PRF.NR. Muster 1c/E(1.2018)</small>																

Original DIN A5 hoch

## 2.1.11 Muster 1d/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung</h3> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p style="margin: 5px 0;">arbeitsunfähig seit _____</p> <p style="margin: 5px 0;">voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____</p> <p style="margin: 5px 0;">festgestellt am _____</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin: 0 auto;"></div> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>												
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Ausfertigung zum Verbleib beim Arzt</div>													
<p style="margin: 0;"><b>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; font-size: 8px;">ICD-10 - Code</th> <th style="width: 33%; font-size: 8px;">ICD-10 - Code</th> <th style="width: 33%; font-size: 8px;">ICD-10 - Code</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (z.B. BVG)</p> <p style="margin: 5px 0;">Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p>		ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code									
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code											
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span style="font-weight: bold;">Im Krankengeldfall</span> <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall             <input type="checkbox"/> Endbescheinigung           </div>													
<p style="font-size: 8px; margin: 0;">PRF.NR. Muster 1d/E(1.2018)</p>													

Original DIN A5 hoch

4. Die Nummern 2.18 sowie 2.18.7 und 2.18.8 werden wie folgt geändert:

**„2.18 Muster 18/E: Heilmittelverordnung (Ergotherapie / Ernährungstherapie) (Stand: 1.2018)<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Das Inhaltsverzeichnis ändert sich entsprechend.

2.18.7 Muster 18.1/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;"><small>Geb. jäh.</small></td> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td><small>Geb. Ort</small></td> <td colspan="2" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td><small>Verord. Umfang</small></td> <td colspan="2">Kostenträgerkennung</td> </tr> <tr> <td><small>Verord. Zweck</small></td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td><small>BVG</small></td> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			<small>Geb. jäh.</small>	Name, Vorname des Versicherten		<small>Geb. Ort</small>	geb. am		<small>Verord. Umfang</small>	Kostenträgerkennung		<small>Verord. Zweck</small>	Versicherten-Nr.	Status	<small>BVG</small>	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.			Datum	<div style="text-align: right;"> <h3>Heilmittelverordnung 18</h3> <p>Maßnahmen der Ergotherapie Ernährungstherapie <small>IK des Leistungserbringers</small></p> </div> <table style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Gesamt-Zuzahlung</td> <td colspan="2">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td>Faktor</td> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td>Faktor</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wegegeld-/Pauschale</td> <td>Faktor</td> <td>km</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hausbesuch</td> <td>Faktor</td> <td>Hausbesuch</td> <td>Faktor</td> </tr> <tr> <td>Rechnungsnummer</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Belegnummer</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Gesamt-Zuzahlung		Gesamt-Brutto		Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.		Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor			Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km		Hausbesuch	Faktor	Hausbesuch	Faktor	Rechnungsnummer				Belegnummer			
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																		
<small>Geb. jäh.</small>	Name, Vorname des Versicherten																																																	
<small>Geb. Ort</small>	geb. am																																																	
<small>Verord. Umfang</small>	Kostenträgerkennung																																																	
<small>Verord. Zweck</small>	Versicherten-Nr.	Status																																																
<small>BVG</small>	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.																																																
		Datum																																																
Gesamt-Zuzahlung		Gesamt-Brutto																																																
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.																																																
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor																																																	
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km																																																
Hausbesuch	Faktor	Hausbesuch	Faktor																																															
Rechnungsnummer																																																		
Belegnummer																																																		
<p><b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Erstverordnung            <input type="checkbox"/> Folgeverordnung            <input type="checkbox"/> Gruppentherapie       </p> <p> <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles            <small>Behandlungsbeginn spätestens am</small> </p> <p> <b>Hausbesuch</b>                      <b>Therapiebericht</b>  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein                      <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein       </p>																																																		
Verordnungs- menge		<b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b>		Anzahl pro Woche																																														
Indikationsschlüssel <b>Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde</b>																																																		
ICD-10 - Code																																																		
ICD-10 - Code																																																		
<b>Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten</b>																																																		
<b>Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele</b>																																																		
<b>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)</b>																																																		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes																																																		
<small>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>																																																		
<small>PRF.NR. Muster 18.1/E (1.2018)</small>																																																		

Original DIN A 5 hoch



**2.18.8 Muster 18.2/E:**

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

**Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles**

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.
  Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum \_\_\_\_\_

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		

Datum

Behandlungsabbruch am \_\_\_\_\_

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

PRF NR.  
Muster 18.2/E (1.2018)

*Original DIN A 5 hoch*

5. Die Nummer 2.56.7 wird wie folgt geändert:

„2.56.7 Muster 56.2/E

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

**Rehabilitationssport in Herzgruppen** ist notwendig für

90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) als Erstversorgung

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 \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

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 (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten

---

**Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse**

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

<p><input type="checkbox"/> <b>Rehabilitationssports</b> gemäß § 43 Abs.1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX für</p> <p><input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten / 18 Monate</p> <p><input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 36 Monate</p> <p>_____ Übungseinheiten</p> <p><input type="checkbox"/> 90 Übungseinheiten / 24 Monate (Herzgruppen)</p> <p><input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)</p> <p><input type="checkbox"/> 45 Übungseinheiten / 12 Monate (Herzgruppen)</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Funktionstrainings</b> gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX</p> <p>Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen</p> <p><input type="checkbox"/> 1 mal    <input type="checkbox"/> 2 mal    <input type="checkbox"/> 3 mal</p> <p>für die Dauer von</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Monaten</p> <p><input type="checkbox"/> 24 Monaten</p> <p>_____ Monaten</p>
---	---

für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ längstens bis \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRF.NR. Muster 56.2/E (10.2014)

Original: DIN A4 hoch“

6. Kapitel 4 wird wie folgt eingeführt

**„4. Protokollnotizen**

**Protokollnotiz zu Nummer 1.1.6**

*Übergangsregelung zur Umstellung der Formular-Muster auf PDF-Format:*

*Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass vom 1.1.2018 bis zum 1.1.2019 den Softwarehäusern die Muster zusätzlich im PDF-Format zur Verfügung gestellt werden. Ab dem 1.1.2019 werden Muster ausschließlich im PDF-Format zur Verfügung gestellt.*

*In den PDF-Versionen entfällt im unteren Bereich der Muster der Satz „Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.“ Zudem wird „KBV-PRF-NR.“ durch „PRF-NR.“ ersetzt. Nr. 1.1.15 gilt unbenommen. Im Übergangszeitraum dürfen abweichend von Nr. 1.1.7 und 1.2.2 für die Erstellung der vertragsärztlichen Formulare mittels Blankoformularbedruckung neben den in Kapitel 2 dieser Vereinbarung enthaltenen Vordruckmuster auch die inhaltlich modifizierten PDF-Versionen genutzt werden.“*

**Artikel 2**  
**Inkrafttreten**

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.01.2018 in Kraft.

Berlin, den 27.10.2017

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin