

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

Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V

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

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum	Unterschrift des Therapeuten
-------	------------------------------

Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen

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

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

Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V

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

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum	Unterschrift des Therapeuten
-------	------------------------------

Ausfertigung zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer

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

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

Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V

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

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum	Unterschrift des Therapeuten
-------	------------------------------

Ausfertigung zum Verbleib beim verordnenden Arzt

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