

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.

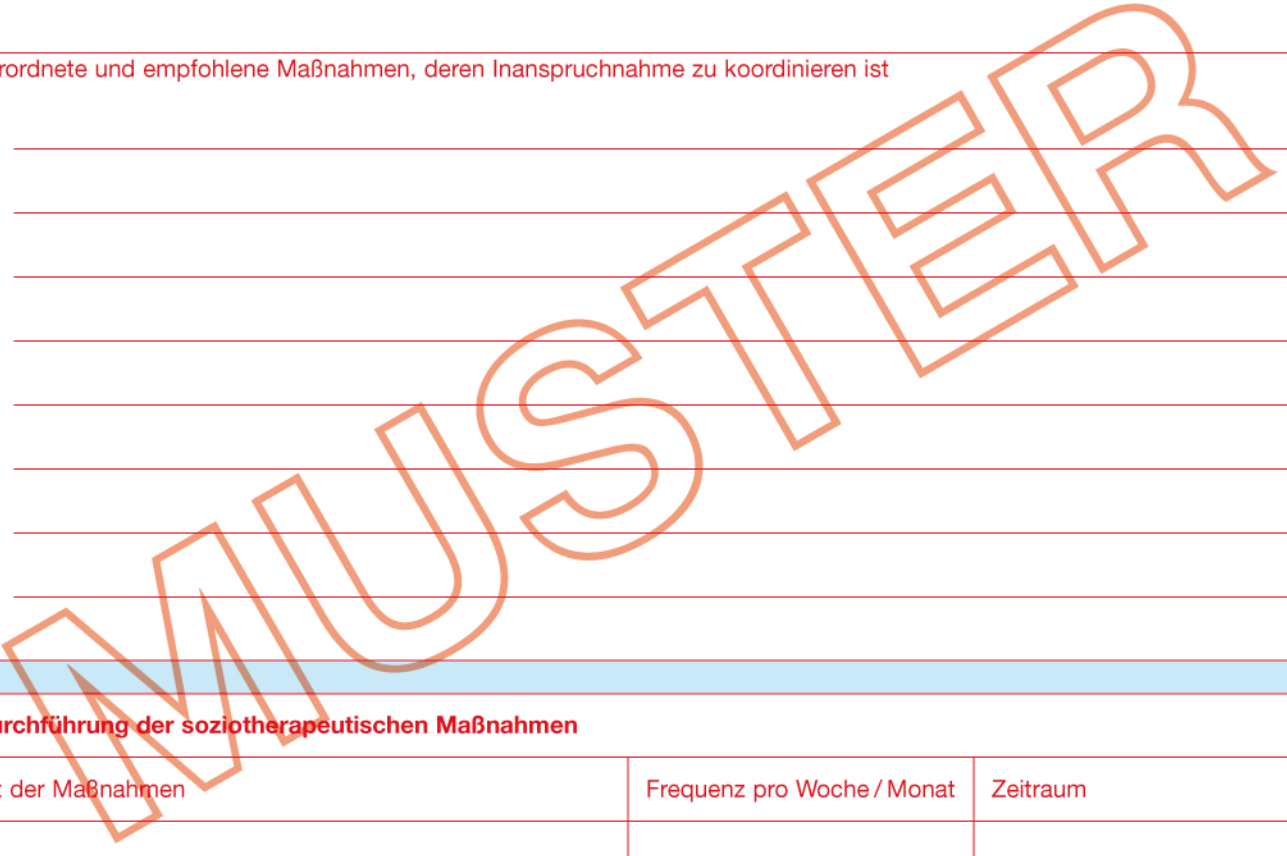
5.

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

