

Arbeitsunfähigkeits- 1
bescheinigung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

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

☐ **Erstbescheinigung**

☐ **Folgebescheinigung**

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

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

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

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

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

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

festgestellt am

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

Ausfertigung zur Vorlage 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

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

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

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

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

festgestellt am

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

Ausfertigung für Versicherte

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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 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.

Arbeitsunfähigkeits- 1
bescheinigung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

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

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

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

festgestellt am

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

☐ Erstbescheinigung☐ Folgebescheinigung**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

☐ Belegarzt-
behandlung

☐ Notfall

☐ Unfall,
Unfallfolgen

☐ Versorgungs-
leiden (BVG)

Nächst erreichbare, 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

☐ Belegarzt-
behandlung

☐ Notfall

☐ Unfall,
Unfallfolgen

☐ Versorgungs-
leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Diagnose

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

Untersuchungsergebnisse _____

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____

Mitgegebene Befunde _____

Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

3

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Zum Nachweis gegenüber der Krankenkasse
(Beantragung von Mutterschaftsgeld) bescheinige ich,
dass die oben bezeichnete Versicherte
voraussichtlich entbinden wird am

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

Die Bescheinigung erteile ich auf Grund der
von mir vorgenommenen Untersuchung am

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

Ggf. besondere Feststellungen

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

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

PLZ

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

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

Kontoinhaber

IBAN

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

Geldinstitut

BIC

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

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Ich bin derzeit

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

Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.



Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

3

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

Die Bescheinigung erteile ich auf Grund der
von mir vorgenommenen Untersuchung am

T T M M J J

T T M M J J

Ggf. besondere Feststellungen

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

- ☐ Unfall, Unfallfolge
- ☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- ☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)

☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- a) ☐ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung ☐ vor-/nachstationäre Behandlung
- b) ☐ ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)**
- c) ☐ anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

- d) ☐ hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
- e) ☐ dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
- f) ☐ anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am

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

 / x pro Woche, bis voraussichtlich

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

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

☐ Taxi/Mietwagen	☐ Rollstuhl
☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____	☐ Tragestuhl
☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere _____	☐ liegend

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
T T M M J J	von	☐	☐	
	nach			
T T M M J J	von	☐	☐	
	nach			
T T M M J J	von	☐	☐	
	nach			
T T M M J J	von	☐	☐	
	nach			
T T M M J J	von	☐	☐	
	nach			
T T M M J J	von	☐	☐	
	nach			
T T M M J J	von	☐	☐	
	nach			
T T M M J J	von	☐	☐	
	nach			
T T M M J J	von	☐	☐	
	nach			
T T M M J J	von	☐	☐	
	nach			

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

☐ nein
 ☐ ja
 Datum
 T | T | M M | J J

Freigabe 17.02.2020

Verbindliches Muster

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs

Belegnummer

Gesamt-Brutto

Rechnungsnummer

Zuzahlung

Positionsnummer

Anzahl

km

Positionsnummer

Anzahl

km

Abrechnungsschein

Geschlecht ☐ W ☐ M

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

[illegible][illegible]

Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides

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

[illegible]

Mutmaßlicher Tag der Entbindung

--	--	--	--

Stationäre belegärztliche Behandlung

von

--	--

 Tag

--	--

 Monat bis

--	--

 Tag

--	--

 Monat

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum

Unterschrift

Verbindliches Muster

Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten

Überweisungsschein

06

Quartal

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

Q J J

Geschlecht

☐ Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 T T M M J J ☐

Überweisung an

AU bis

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliaruntersuchung ☐ Mit-/Weiterbehandlung T T M M J J

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Überweisung

7

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

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**.

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 oder ab 24. Schwangerschaftswoche jeweils 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 21.01.2019

--	--	--	--	--

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

Freigabe 12.05.2020

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

☐ **Befund
eilt, Übermittlung an**

☐ Telefon

☐ Fax

Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schulerunfällen

Überweisungsschein für Laboratoriums- untersuchungen als Auftragsleistung



Kurativ



Präventiv



bei belegärztl.
Behandlung



Unfall,
Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum

T T M M J J

Abnahmezeit

h h m m

SSW

10



Knappschafts-
kennziffer

Quartal

Q J J

Geschlecht



Kontrolluntersuchung
bekannte Infektion



Behandlung
gemäß

☐ § 116b
SGB V

eingeschränkter
Leistungsanspruch

☐ gemäß § 16
Abs. 3a SGB V



Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (10.2020)

Anforderungsschein für Laboratoriums-
untersuchungen bei Laborgemeinschaften

10A



Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Verbindliches Muster

☐

Kurativ

☐

Präventiv

☐bei belegärztl.
Behandlung☐Unfall,
UnfallfolgenKnappschafts-
kennziffer

Geschlecht

SSW

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum



Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen

Abnahmedatum

Abnahmezeit

T T M M J J

h h m m

☐ Befund eilt	1	Serum / Plasma / Vollblut					Urin		
EDTA-Blut		☐ alkalische Phosphatase	13	☐ Gamma GT	27	☐ LDL-Cholesterin	42	☐ Status	55
☐ großes Blutbild	2			☐ Glukose	28	☐ Lipase	43	☐ Mikroalbumin	56
☐ kleines Blutbild	3	☐ Amylase	14	☐ GOT / ASAT	29	☐ Natrium	44	☐ Glukose	58
☐ HbA1c	4	☐ ASL	15	☐ GPT / ALAT	30	☐ OP-Vorbereitung (32125)	45	☐ Sediment	60
☐ Retikulozyten	5	☐ Bilirubin direkt	16	☐ Harnsäure	31		Citrat-Blut		
☐ Blutsenkung	6	☐ Bilirubin gesamt	17	☐ Harnstoff	32		☐ Phosphat, anorg.	46	☐ Quick
Gesundheits- untersuchungen		☐ Calcium	18	☐ HDL-Cholesterin	34	☐ Transferrin	47	☐ Quick unter Marcumar-Therapie	9
		☐ Cholesterin	19	☐ IgA	35	☐ Triglyceride	48		
		☐ Cholinesterase	20	☐ IgG	36	☐ TSH	49		
☐ Harnstreifentest (32880)	62	☐ CK	21	☐ IgM	37			☐ Thrombinzeit	10
☐ Nüchternplasma-glukose (32881)	63	☐ CRP	23	☐ Kalium	38	Glukose-Profil		☐ PTT	11
		☐ Eisen	24	☐ Kreatinin	39	☐ Glukose 1	51		
☐ Lipidprofil (32882)	64	☐ Eiweiß Elektrophorese	25	☐ Kreatinin Clearance	40	☐ Glukose 2	52	☐ Sonstiges	61
						☐ Glukose 3	53		
		☐ Eiweiß gesamt	26	☐ LDH	41	☐ Glukose 4	54		



>>>>> Muster nicht kopieren! <<<<<<

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Quartal

Q J J

Geschlecht

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

Abnahmedatum

Abnahmezeit

T T M M J J

h h m m

☐ Ersttestung☐ weitere
Testung☐ Diagnostische Abklärung

Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend, bitte ankreuzen)

☐ Betreut/unter-
gebracht in:☐ Medizinischen Einrichtungen
ambulant/stationär (auch Rettungs-
dienste, andere humanmed. Heilberufe)☐ Pflege- und anderen Wohneinrichtungen
(z.B. Pflegeheime und -dienste, Justizvollzugsanstalten,
andere Massenunterkünfte)☐ Tätigkeit in
Einrichtung:☐ Gemeinschaftseinrichtungen
(z.B. Kitas, Schulen)☐ Sonstigen Einrichtungen
(z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen,
ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)☐ Das Einverständnis des Versicherten zum Übermitteln des Testergebnisses für
Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server wurde erteilt.
Dem Versicherten wurden Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt.Daten für das Gesundheitsamt - Übermittlung gemäß Infektionsschutzgesetz
Telefonnummer des Versicherten

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

3D6D08-3567F3F2-4DCF-43A3-8737-4CD1F87D6FDA

Muster 10C (1.2021)

Name, Vorname des Versicherten

Gemeinsam schnell die
INFEKTIONSKETTE
UNTERBRECHEN

Die App als Beitrag, um die Pandemie weiter einzudämmen

Tragen Sie aktiv zur Eindämmung der Pandemie bei. Nutzen Sie die Corona-Warn-App.

Die App zu nutzen ist ganz einfach. Ihre Daten sind dabei sicher und werden nicht weitergegeben.

1. Laden Sie die App im Apple Store oder Google Play Store. Die App ist kostenlos.
2. Richten Sie die App ganz einfach ein. Sie werden dabei in der App angeleitet.
3. Scannen Sie den QR-Code und Sie erhalten eine Benachrichtigung, sobald Ihr Testergebnis vorliegt.
4. Im Falle eines positiven Testergebnisses können Sie andere App-Nutzer freiwillig warnen.

Hinweise zum Datenschutz: Sie möchten die Corona-Warn-App („App“) des Robert-Koch-Instituts („RKI“) zum Abruf Ihres Testergebnisses verwenden. Um Ihr Testergebnis über die App abrufen zu können ist es notwendig, dass Ihr Testergebnis von dem Labor an die Server-Systeme der App übermittelt wird. Verkürzt dargestellt erfolgt dies, indem das Labor Ihr Testergebnis, verknüpft mit einem maschinenlesbaren QR-Code, auf einem hierfür bestimmten Server der App-Infrastruktur ablegt. Der QR-Code ist Ihr Pseudonym, weitere Angaben zu Ihrer Person sind für die Anzeige des Testergebnisses in der App nicht erforderlich. Sie erhalten untenstehend eine Kopie des QR-Codes, der durch die Kamerafunktion Ihres Smartphones in die App eingelesen werden kann. Nur hierdurch ist eine Verknüpfung des Testergebnisses mit Ihrer App möglich. Mit Ihrer Einwilligung können Sie dann Ihr Testergebnis mit Hilfe der App abrufen. Ihr Testergebnis wird automatisch nach 21 Tagen auf dem Server gelöscht. Wenn Sie mit der Übermittlung Ihres pseudonymen Testergebnisses mittels des QR-Codes an die App-Infrastruktur zum Zweck des Testabrufs einverstanden sind, bestätigen Sie dies bitte gegenüber Ihrem Arzt. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bitte beachten Sie jedoch, dass aufgrund der vorhandenen Pseudonymisierung eine Zuordnung zu Ihrer Person nicht erfolgen kann und daher eine Löschung Ihrer Daten erst mit Ablauf der 21-tägigen Speicherfrist automatisiert erfolgt. Einzelheiten hierzu finden Sie zudem in den >>Datenschutzhinweisen<< der Corona-Warn-App des RKI.

* Wenn Sie jünger als 16 Jahre alt sind, besprechen Sie die Nutzung der App bitte mit Ihren Eltern oder Ihrer sorgeberechtigten Person.



Ihre Notizen:

Scannen Sie
diesen
QR-Code3D6D08-3567F3F2-4DCF-43A3-8737-
4CD1F87D6FDA

Bericht für den Medizinischen Dienst

Der behandelnde Arzt wird gebeten, den nachstehenden Berichtsvordruck auszufüllen und Röntgen-, Labor- und andere Spezialbefunde sowie Krankenhausberichte und dergleichen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung zu stellen. Dieser Vordruck ist dann nicht auszufüllen, wenn spätestens am Tage der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst die Arbeitsunfähigkeit beendet ist.

Datum der letzten Untersuchung

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

Diagnose _____

Befunde _____

Mitbehandlung ☐ nein ☐ ja, im Fachbereich _____

Es droht ☐ eine Verschlimmerung des Leidens oder ☐ Behinderung

Besondere Hinweise _____

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

Eine Begutachtung ist voraussichtlich nach

--	--

 Tagen / Wochen möglich. (*Nichtzutreffendes streichen*)

Arbeitsfähig ab

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

Voraussichtlich arbeitsfähig ab

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

Folgendes ist mit der Bitte um Rückgabe beigelegt:

☐ Röntgen-
befund ☐ Ultraschall-
befund ☐ EKG-
befund

☐ Labor-
befund ☐ Arzt- oder
Krankenhausbericht

Sonstiges _____

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

Ausstellungsdatum

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

Freigabe 31.10.2014

Verbindliches Muster

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)☐ Erst-
verordnung☐ Folge-
verordnung☐ 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 gesamten 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 und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart										
Lokalisation		aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)		aktueller Grad						
Präparate, Verbandmaterialien										
☐	Wundversorgung akut	☐	Wundversorgung chronisch	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐

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

	Anzahl
--	--------

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

☐	Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V	Häufigkeit					Dauer	
☐	Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis	☐	☐
☐	Grundpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	hauswirtschaftliche Versorgung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Weitere Hinweise

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom

T T M M J J

bis

T T M M J J

☐

in meinem Haushalt

☐

im Haushalt einer sonstigen Person

☐

in einer Schule, Kindergarten

☐

in einer betreuten Wohnform

☐

in einer Werkstatt für behinderte Menschen

☐

in einer Wohngemeinschaft

☐

in einer sonstigen Einrichtung

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

T T M M J J

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

T T M M J J

bis

T T M M J J

Leistung

Häufigkeit

Dauer

tgl.

wtl.

mtl.

vom

bis

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (*Vertragspartner gem. § 132a Abs. 4 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

T T M M J J

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)☐ Erst-
verordnung☐ Folge-
verordnung☐ 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 gesamten 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			☐	☐	☐	☐	☐
☐	Stützende und stabilisierende Verbände, Art	☐	Kompressionsverbände abnehmen			☐	☐	☐	☐	☐

Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart									
Lokalisation		aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)		aktueller Grad					
Präparate, Verbandmaterialien									
☐	Wundversorgung akut	☐	Wundversorgung chronisch	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐

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

	Anzahl
--	--------

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

☐	Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V	Häufigkeit					Dauer	
☐	Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis	☐	☐
☐	Grundpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	hauswirtschaftliche Versorgung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Weitere Hinweise

Ausfertigung für den Pflegedienst

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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

vom TTMMJJ bis TTMMJJ

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

☐	Herrichten der Medikamentenbox				
☐	Medikamentengabe				
☐	Injektionen	☐ herrichten	☐ intramuskulär	☐ subkutan	

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten 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☐ Kompressionsverbände anlegen☐ rechts ☐ links ☐ beidseits☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen☐ Kompressionsverbände abnehmen☐ Stützende und stabilisierende Verbände, Art

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart

Lokalisation aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) aktueller Grad Präparate, Verbandmaterialien

☐	Wundversorgung akut	☐	Wundversorgung chronisch		
☐	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung				

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

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

Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

☐	Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V
☐	Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V
☐	Grundpflege
☐	hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Weitere Hinweise

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall-folgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

- ☐ Physiotherapie
☐ Podologische Therapie
☐ Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
☐ Ergotherapie
☐ Ernährungstherapie

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

--

Diagnose-gruppe

Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog
☐ a

☐ b

☐ c
patientenindividuelle
Leitsymptomatik
☐
Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

--

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

--

☐ Therapiebericht

Hausbesuch

☐ ja

☐ nein
Therapie-frequenz

☐ **Dringlicher Behandlungsbedarf**
innerhalb von 14 Tagen
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

--

Verbindliches Muster

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

	Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19			Freigabe 08.01.2020	
20				

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

[illegible]

IK des Leistungserbringers

Belegnummer

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

[illegible]

Behandlungsabbruch

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

Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung
von der Frequenz

Änderung in

☐ Gruppentherapie ☐ Einzeltherapie

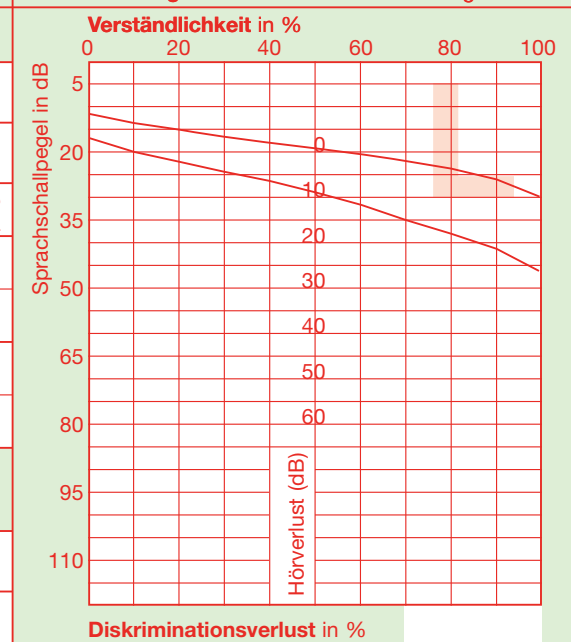
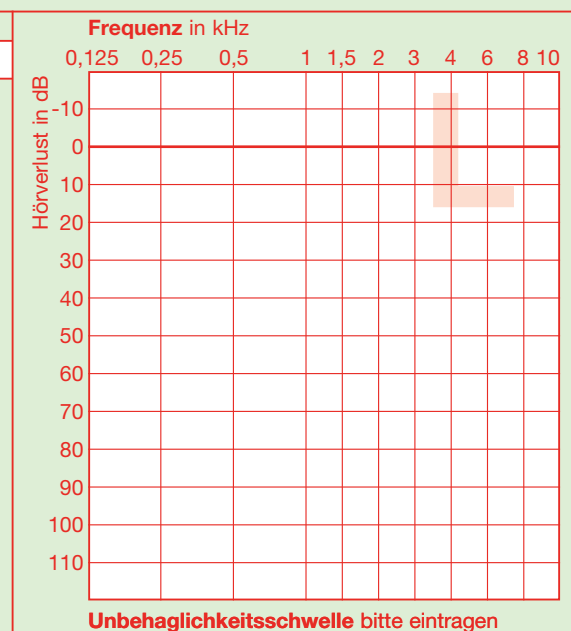
Begründung

Verbindliches Muster

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

feucht

feucht



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 Niemeyer)

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
Gesamtpreis _____ Euro	
Ausgestellt am _____	

Kostenvoranschlag für

Tinnitusmasker ☐	Tinnitusinstrument ☐	Stempel und Unterschrift
Gesamtpreis _____ Euro	Ausgestellt am _____	

Ärztliche Bescheinigung

☐ Ich habe mich davon überzeugt, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird. Das vorgeschlagene Gerät ist zweckmäßig	Ausgestellt am _____	Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes
☐ Ich habe mich davon überzeugt, dass der Tinnitusmasker/das Tinnitusinstrument ausreichend zweckmäßig ist		

Leistung der Krankenkasse

Die Krankenkasse übernimmt _____ Euro	Stempel und Unterschrift
Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung	
Ausgestellt am _____	

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am _____ die verordnete Hörhilfe ☐	Unterschrift des Empfängers
erhalten zu haben den verordneten Tinnitusmasker/ das verordnete Tinnitusinstrument ☐	

Freigabe 01.09.2014

Raum für interne Vermerke der Krankenkasse

Verbindliches Muster

Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr
frei

Geb.-
pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-
unfall

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Verbindliches Muster

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut
idem

aut
idem

aut
idem

6667

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

Abgabedatum
in der Apotheke

**Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!**

Unfalltag

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer

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		

Vertragsarztstempel

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

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.

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

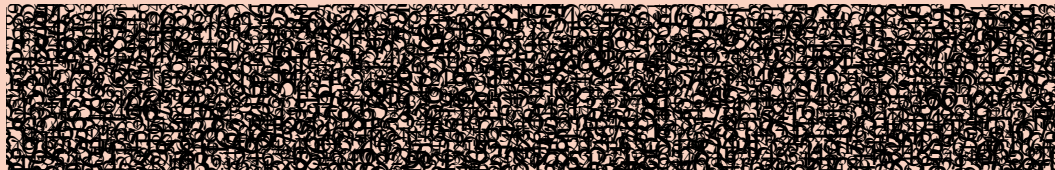
☐	ärztlicher Notfalldienst	☐	Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung	☐	Notfall	Quartal	☐	☐	☐	
☐	Unfall Unfallfolgen					Geschlecht	☐	W	☐	M

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

[illegible]Arbeitsunfähigkeit
bescheinigt bis

Befunde/Therapie

bitte auf Teil b eintragen!

[illegible]

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____

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

□

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel

19

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

☐	ärztlicher Notfalldienst	☐	Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung	☐	Notfall	Quartal	☐	☐	☐
☐	Unfall Unfallfolgen					Geschlecht	☐	☐	☐

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

[illegible]Arbeitsunfähigkeit
bescheinigt bis

--	--	--	--

Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:

Befunde/Therapie

[illegible]

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____

Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel

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
 Geschlecht ☐ W ☐ M

☐ Unfallfolgen

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

[illegible]Arbeitsunfähigkeit
bescheinigt bis

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

Befunde/Therapie

[illegible]

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____

Zum Verbleib beim vertretenden Arzt

Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel

Stufenweise 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

	Stunden täglich

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise 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		Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich								
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		

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

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

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

☐ ja

☐ nur unter folgenden Voraussetzungen

☐ nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

☐ ja

☐ nein

Datum

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

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Arbeitgeber

Stufenweise 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

Stunden
täglich

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise 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

Art der Tätigkeit
(ggf. Einschränkungen)Stunden
täglich

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

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

T T M M J J

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

☐

ja

☐

nur unter folgenden Voraussetzungen

☐

nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

☐

ja

☐

nein

Datum

T T M M J J

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für die Krankenkasse

Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

		Stunden täglich

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

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise 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	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich
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		

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

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

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

☐ ja

☐ nur unter folgenden Voraussetzungen

☐ nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

☐ ja

☐ nein

Datum

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

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Versicherten

Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

_____		Stunden
_____		täglich
_____		_____

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

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise 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	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich												
<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	<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										
T	T	M	M	J	J										
<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	<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										
T	T	M	M	J	J										
<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	<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										
T	T	M	M	J	J										
<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	<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										
T	T	M	M	J	J										

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

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

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

☐ ja

☐ nur unter folgenden Voraussetzungen _____

☐ nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

☐ ja

☐ nein

Datum

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

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Vertragsarzt

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

Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

21

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

*** 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

Auf Veranlassung von:

Name des Therapeuten

Arztnummer

Betriebsstättennummer

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

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

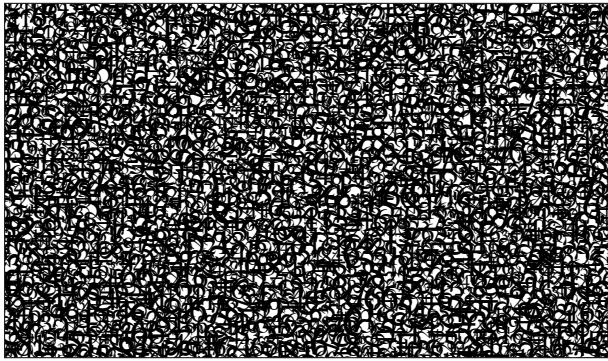
Ausstellungsdatum

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

22

Auf Veranlassung von:

Name des Therapeuten

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

Arztnummer

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

Betriebsstättennummer

Chiffre

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

 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: _____

--

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

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

Freigabe 01.09.2014

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Gutachter

Konsiliarbericht

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

22

Auf Veranlassung von:

Name des Therapeuten

Arztnummer

Betriebsstättennummer

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

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:

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Konsiliarbericht

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

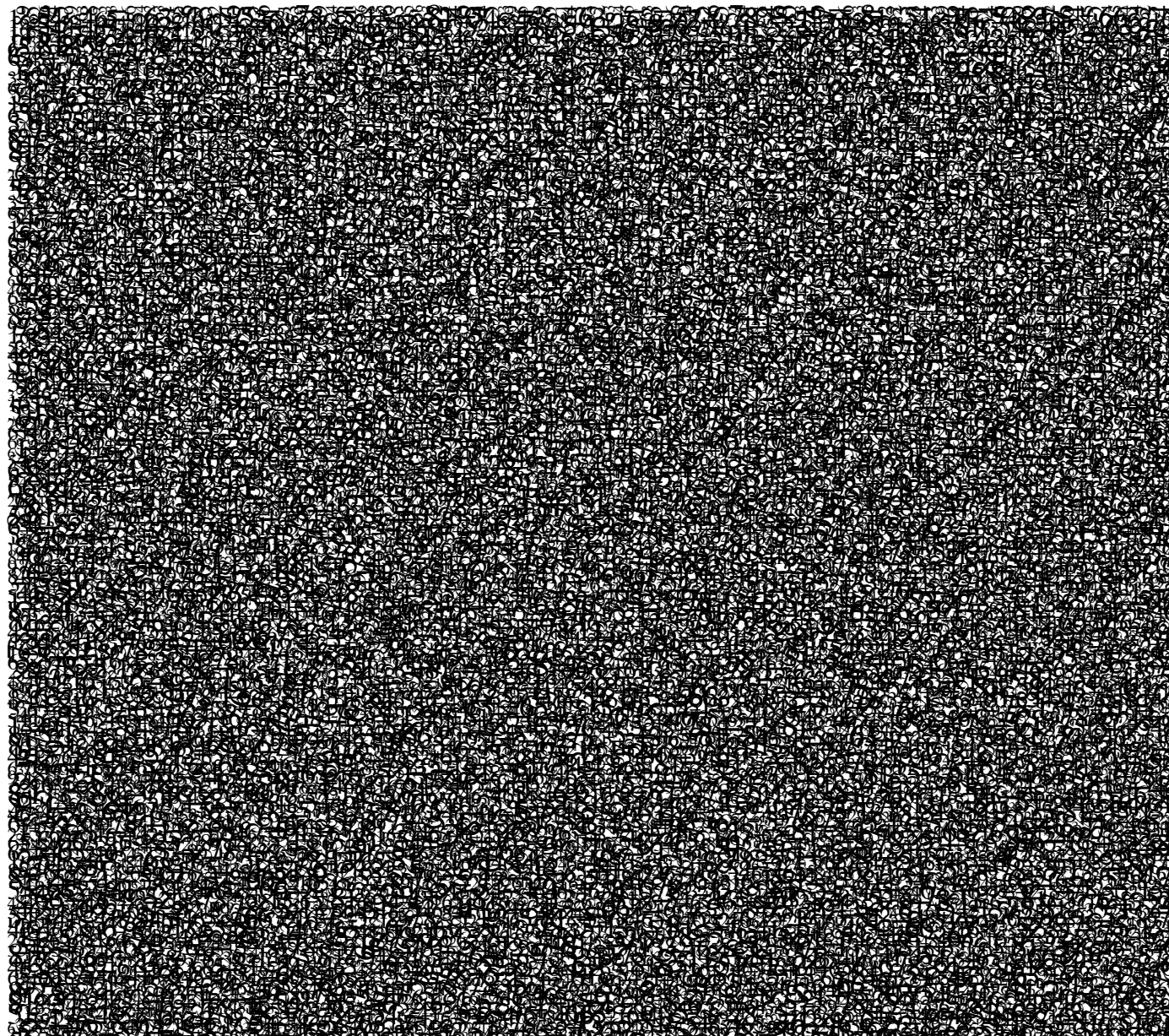
Datum

Auf Veranlassung von:

Name des Therapeuten

Arztnummer

Betriebsstättennummer



☐ 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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**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 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.

 Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem
soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

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

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

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 verordnenden Arzt

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37 a SGB V

(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

Datum

Unterschrift des Therapeuten

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

Unterschrift des Patienten

Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37 a SGB V

(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

Datum

Unterschrift des Therapeuten

**Ausfertigung zum Verbleib
beim soziotherapeutischen
Leistungserbringer**

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

Unterschrift des Patienten

Freigabe 01.09.2014

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

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

Diese Ausfertigung ist vom psychotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift
des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Muster 28b (10.2017)

Muster 28c (10.2017)

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

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)

Empfehlung

36

zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

- ☐ Bewegungsgewohnheiten
- ☐ Ernährung
- ☐ Stressmanagement
- ☐ Suchtmittelkonsum

Sonstiges

--

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Alterskategorie

☐ 20-29
Jahre☐ 30-34
Jahre☐ ab 35
Jahre

Auftrag

(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

☐ Primär-
screening☐ Abklärungs-
diagnostik☐ Zytologie☐ HPV-Test☐ Ko-Testung
(Zyt.+HPV)

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

☐ nein☐ ja, zuletzt

Gruppe _____

HPV-Impfung

☐ vollständig☐ unvollständig☐ keine☐ unklar

HPV-HR-Testergebnis

☐ liegt nicht vor☐ liegt vor☐ positiv☐ negativ☐ nicht verwertbarGynäkologische OP,
Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales☐ nein☐ ja Welche?

Wann?

Jetzt:

Letzte
Periode

T T M M J J

nein

ja

Gravidität

Ausfluss / pathologische Blutung

IUP

Einnahme von Ovulationshemmer /
sonstige Hormonanwendung
(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)

Klinischer Befund

☐ unauffällig☐ auffällig

Erläuterungen

ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio);
Diagnosen; sonstige Anmerkungen

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Auftragsnummer des Labors



Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

T T M M J J

Endozervikale Zellen

☐ vorhanden☐ nicht vorhanden

Proliferationsgrad

☐ Döderleinflora☐ Mischflora☐ Kokkenflora☐ Trichomonaden☐ Candida☐ Gardnerella

Gruppe _____

HPV-HR-Testergebnis

☐ positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?☐ ja☐ nein☐ nicht
differenzierbar☐ negativ☐ nicht verwertbar

Bemerkungen

Zusammenfassende Empfehlung

☐ zytologische Kontrolle☐ nach Entzündungsbehandlung☐ nach Östrogenbehandlung☐ HPV-Test☐ Ko-Test☐ Abklärungskolposkopie

Zeitraum

☐ in _____ Monaten☐ sofortVertragsarztstempel / Unterschrift
des zytologisch tätigen Arztes

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Alterskategorie

☐20-29
Jahre☐30-34
Jahre☐ab 35
Jahre

Auftrag

(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

☐Primär-
screening☐Abklärungs-
diagnostik☐

Zytologie

☐

HPV-Test

☐Ko-Testung
(Zyt.+HPV)

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

☐

nein

☐

ja, zuletzt

☐

MMJJ

Gruppe _____

HPV-Impfung

☐

vollständig

☐

unvollständig

☐

keine

☐

unklar

HPV-HR-Testergebnis

☐

liegt nicht vor

☐

liegt vor

☐

positiv

☐

negativ

☐

nicht verwertbar

Gynäkologische OP,
Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales☐

nein

☐

ja Welche?

Wann?

Jetzt:

Letzte
Periode☐

TTMMJJ

nein

ja

Gravidität

☐☐

Ausfluss / pathologische Blutung

☐☐

IUP

☐☐Einnahme von Ovulationshemmer /
sonstige Hormonanwendung
(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)☐☐

Klinischer Befund

☐

unauffällig

☐

auffällig

Erläuterungen

ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio);
Diagnosen; sonstige Anmerkungen

Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt

Auftragsnummer des Labors



Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

☐

TTMMJJ

Endozervikale Zellen

☐

vorhanden

☐

nicht vorhanden

Proliferationsgrad

☐

Döderleinflora

☐

Mischflora

☐

Kokkenflora

☐

Trichomonaden

☐

Candida

☐

Gardnerella

Gruppe _____

HPV-HR-Testergebnis

☐

positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?

☐

ja

☐

nein

☐nicht
differenzierbar☐

negativ

☐

nicht verwertbar

Bemerkungen

Zusammenfassende Empfehlung

☐

zytologische Kontrolle

☐

nach Entzündungsbehandlung

☐

nach Östrogenbehandlung

☐

HPV-Test

☐

Ko-Test

☐

Abklärungskolposkopie

Zeitraum

☐

in _____ Monaten

☐

sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift
des zytologisch tätigen Arztes

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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?

☐ ¹ nein

☐ ² ja, zuletzt im Jahr

J	J
32	33

Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl

nein

34 ☐ ¹

ja

☐ ²

Neu aufgetretene Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang

35 ☐ ¹

☐ ²

Beschwerden beim Wasserlassen

36 ☐ ¹

☐ ²

Bräunlich oder rötlich gefärbter Urin

37 ☐ ¹

☐ ²

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Befund

Haut Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentfleckens oder Knotens

nein

38 ☐ ¹

ja

☐ ²

Äußeres Genitale auffällig

39 ☐ ¹

☐ ²

Prostata auffällig

isolierte Verhärtung

40 ☐ ¹

☐ ²

totale Verhärtung

41 ☐ ¹

☐ ²

Rektum / Kolon

Tastbefund auffällig

42 ☐ ¹

☐ ²

Stuhltest zurückgegeben

43 ☐ ¹

☐ ²

Stuhltest positiv

44 ☐ ¹

☐ ²

Zusätzl.
ab dem
Alter von
50
Jahren

Inguinale Lymphknoten auffällig

45 ☐ ¹

☐ ²

Bisher unbekannte behandlungsbedürftige Nebenerkrankungen

46 ☐ ¹

☐ ²

RR

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

Bei Werten über 140/90
2. Messung eintragen

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

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

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

T T M M J J

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?

☐

keine

☐

Medizinische Rehabilitation

☐

Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit)

☐

Psychotherapeutische Behandlung

☐

Stufenweise Wiedereingliederung

☐

Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

☐

Sonstige (z.B. Suchttherapie, Ernährungsberatung, Rückenschule)

7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?

☐

nein

☐

ja, folgende

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

☐

ja

☐

nein

9. Sonstiges / Bemerkungen zum Gesundheitszustand

Für das Ausstellen dieses Berichts ist die
Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Datum

T T M M J J

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

	vom	bis	behandelnder Arzt												
1	<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	<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										
T	T	M	M	J	J										
2	<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	<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										
T	T	M	M	J	J										
3	<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	<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										
T	T	M	M	J	J										
4	<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	<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										
T	T	M	M	J	J										
5	<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	<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										
T	T	M	M	J	J										
6	<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	<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										
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.

**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.

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

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

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung
erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale
bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

es Muster

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

Krankenkasse

Verbindliches Muster

Freigabe 08.07.2016

Krankenversichertennummer

[illegible]

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

☐ Asthma bronchiale ☐ Morbus Parkinson

☐ Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben ☐ Mukoviszidose

☐ Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) ☐ Multipler Sklerose

☐ Doppelamputation ☐ Muskeldystrophie

☐ Epilepsie, therapieresistent ☐ Niereninsuffizienz, terminal

☐ Glasknochen ☐ Organische Hirnschädigung

☐ Infantiler Zerebralparese ☐ Polyneuropathie

☐ Marfan-Syndrom ☐ Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)

☐ 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

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)

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

☐ 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

T T M M J J

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

M M J J

Datum

T T M M J J

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

T T M M J J

längstens bis

T T M M J J

Datum

T T M M J J

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

Freigabe 13.03.2018

Verbindliches Muster

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

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 Funktionsdiagnosen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

Ursache *

1.
2.
3.

*** 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)

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.
5.
6.

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

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / 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

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

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 Funktionsdiagnosen

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

Ursache *

1.

2.

3.

4.

5.

6.

* 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

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

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.

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

Datum

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

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 Funktionsdiagnosen

1.
2.
3.

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

Ursache *

*** 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)

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.
5.
6.

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen

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)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

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 Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1.		
2.		
3.		
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen		
4.		
5.		
6.		

* 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) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen

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)

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)	☐	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	☐	☐	☐	☐
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	☐	☐	☐	☐
Mobilität	☐			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	☐	☐	☐	☐
Stehen / Gehen	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐
Selbstversorgung	☐			
Essen / Trinken	☐	☐	☐	☐
An- / Auskleiden	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐
Baden / Duschen	☐	☐	☐	☐
Toilettenbenutzung	☐	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	☐	☐	☐	☐
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	☐	☐	☐	☐

H. Lebensumstände/Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante 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)

Verbindliches Muster

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

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

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

☐ ja☐ nein

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)	☐	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	☐	☐	☐	☐
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	☐	☐	☐	☐
Mobilität	☐			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	☐	☐	☐	☐
Stehen / Gehen	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐
Selbstversorgung	☐			
Essen / Trinken	☐	☐	☐	☐
An- / Auskleiden	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐
Baden / Duschen	☐	☐	☐	☐
Toilettenbenutzung	☐	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	☐	☐	☐	☐
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	☐	☐	☐	☐

H. Lebensumstände/Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante 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)

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

☐ ja

☐ nein

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Muster 61 Teil Cb (4.2020)

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. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

--

C. 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)

☐

pflegende/r Angehörige/r

☐

andere

--

VII. Sonstige Angaben

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

☐

neuer Indikation

☐

Verschlimmerung bei gleicher Indikation

☐

Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐

Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

☐

öffentliche Verkehrsmittel

☐

PKW erforderlich

☐

Begleitperson erforderlich

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

☐

Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht
(sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

☐

Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung
durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter

--

--

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

C. 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)

☐ pflegende/r Angehörige/r ☐ andere _____

VII. Sonstige Angaben

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

☐ neuer Indikation ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

☐ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht
(sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)
☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung
durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

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

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

☐ Erst-
verordnung☐ Folge-
verordnung☐ Unfall
Unfallfolgen

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

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
Schmerzsymptomatik☐ 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)

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

☐ Erst-
verordnung☐ Folge-
verordnung☐ 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
Schmerzsymptomatik☐ 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 den
spezialisierten Leistungserbringer

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

Verordnung spezialisierter
ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

☐ Erst-
verordnung☐ Folge-
verordnung☐ 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
Schmerzsymptomatik☐ 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
-
- ☐
- b. der behandelnden Pflegefachkraft
-
- ☐
- c. des Patienten / der Angehörigen

☐ Koordination der Palliativversorgung

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 den spezialisierten Leistungs-
erbringer – der Abrechnung beizufügenFür die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die
Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

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

Freigabe 01.09.2014

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

63

☐ Erst-
verordnung

☐ Folge-
verordnung

☐ 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 den verordnenden Arzt

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

Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Verbindliches Muster

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren

(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen

(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väterspezifische Problemkonstellation relevant sind

☐ Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	☐ fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	☐ Tod des Partners/naher Angehöriger	☐ beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
☐ mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	☐ Partner-/ Eheprobleme/Trennung vom Partner	☐ Teenager-schwangerschaft	☐ Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule
☐ Erziehungs-schwierigkeiten	☐ Pflege von Familienangehörigen	☐ soziale Isolation	☐ sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
☐ Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)		☐ finanzielle Sorgen	☐ besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten
☐ mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters		☐ ständiger Zeitdruck	☐ drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit
☐ erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten	☐ allein erziehend	☐ nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie	

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Freigabe 29.03.2018

Verbindliches Muster

Verordnung medizinischer
Vorsorge für Mütter oder Väter
gemäß § 24 SGB V

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

64 Teil A

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen
(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väterspezifische Problemkonstellation relevant sind

☐ Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie

☐ fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle

☐ Tod des Partners/ naher Angehöriger

☐ beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung

☐ mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung

☐ Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner

☐ Teenager-schwangerschaft

☐ Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule

☐ Erziehungs-schwierigkeiten

☐ Pflege von Familienangehörigen

☐ soziale Isolation

☐ sprachliche Verständigungsschwierigkeiten

☐ Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)

☐ finanzielle Sorgen

☐ besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeiten

☐ mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters

☐ ständiger Zeitdruck

☐ drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit

☐ erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten

☐ allein erziehend

☐ nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Ausfertigung für den Arzt

Bitte vor der Beschriftung der Formulare
diese Fußleiste abreißen und die 2 Einzelsätze voneinander trennen

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

☐

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

☐

Mütter-Leistung

☐

Väter-Leistung

☐

Mutter-Kind-Leistung

☐

Vater-Kind-Leistung

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

	Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungs- notwendigkeit*	Belastete Mutter-/ Vater-Kind- Beziehung	Psychosoziale Gründe/ Betreuung notwendig
1.		T T M M J J	☐	☐	☐
2.		T T M M J J	☐	☐	☐
3.		T T M M J J	☐	☐	☐

* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

☐

ja, folgende

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

☐

ja, Erläuterung

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

Freigabe 29.03.2018

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

☐

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

☐

Mütter-Leistung

☐

Väter-Leistung

☐

Mutter-Kind-Leistung

☐

Vater-Kind-Leistung

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes

Geburtsdatum

s. Attest Kind
insbes. bei
Behandlungs-
notwendigkeit*Belastete
Mutter-/
Vater-Kind-
BeziehungPsychosoziale
Gründe/
Betreuung
notwendig1.

T T M M J J

☐
☐
☐
2.

T T M M J J

☐
☐
☐
3.

T T M M J J

☐
☐
☐

* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

☐

ja, folgende

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

☐

ja, Erläuterung

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Arzt

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Freigabe 29.03.2018

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

I. Kurze Angaben zur Anamnese

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

B. Erkrankungen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

V. Hinweise für die Zuweisung

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

☐	ja, folgende	
☐	nein	

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

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

Freigabe 29.03.2018

Ärztliches Attest Kind

65

zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation
für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V

I. Kurze Angaben zur Anamnese

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

B. Erkrankungen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

V. Hinweise für die Zuweisung

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

☐ ja, folgende

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Arzt

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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 Spontanzyklus (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)

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

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 Spontanzyklus 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

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 Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1) |
| ☐ | Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2) |
| ☐ | In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3) |
| ☐ | Intrabubarer-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)

♀							
♂							
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂				
♀							
♂							
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂				
♀							
♂							
Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂				
♀							
♂							
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)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			
Medikamentenkosten (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			

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 Spontanzyklus 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

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 Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1) |
| ☐ | Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2) |
| ☐ | In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3) |
| ☐ | Intrabubarer-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)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂				
♀							
♂							
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂				
♀							
♂							
Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂				
♀							
♂							
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)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			
Medikamentenkosten (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> </table>	♀	♂
♀			
♂			

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 Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1) |
| ☐ | Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2) |
| ☐ | In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3) |
| ☐ | Intrabubarer-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							
	<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			
Anschrift								
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status						

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

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

gültig für Quartal

Q	J	J
---	---	---

Freigabe 01.09.2014

verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Deutsche Post 
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