Krankenkasse bzw. Kostenträ	Freigab	e 12.10.2017	Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung
Name, Vorname des Versicher	ten	geb. am	Erstbescheinigung Folgebescheinigung
	/ersicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Arbeitsunfall, Arbe folgen, Berufskran		n Durchgangsarzt ewiesen	
arbeitsunfähig seit voraussichtlich arbeitsubis einschließlich oder Tag der Arbeitsunfähigk	etzter		Verbindliches Muster
festgestellt am			Vero.
Ausfertigung zur	Vorlage bei der Kran	nkenkasse	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
AU-begründende Diag	I nose(n) (ICD-10) 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 fo Leistungen zur medizinischen Reh		laßnahmen für erfor stufenweise Wiedereingliederur	
Sonstige			
Im Krankengeldfall	ab 7. AU-Woo sonstiger Krai	che oder nkengeldfall	Endbescheinigung

	Freigabe 12.10.2017
Krankenkasse bzw. Kostenträger	1101gabe 12.10.2011
Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Kostenträgerkennung Versicher	ten-Nr.
Arzt-Nr.	Datum
Arbeitsunfall, Arbeitsunfa folgen, Berufskrankheit	dem Durchgangsarz zugewiesen
arbeitsunfähig seit	
voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit	
festgestellt am	
Augfortinung zur Vord	aga haim Arhaitgahar

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.



Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Krankenkasse bzw. Kosten	Fre träger	eigabe 12.10.2017	Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung
Name, Vorname des Versic	herten	geb. am	Erstbescheinigung Folgebescheinigung
Kostenträgerkennung Betriebsstätten-Nr.	Versicherten-Nr. Arzt-Nr.	Status Datum	
Arbeitsunfall, Arl		dem Durchgangsarzt zugewiesen	
arbeitsunfähig seit voraussichtlich arbeit bis einschließlich ode Tag der Arbeitsunfäh festgestellt am	er letzter		Verbindliches Muster
	rtigung für Vers	sicherte	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
AU-begründende Di ICD-10 - Code	agnose(n) (ICD-1	0) ICD-10 - Code	
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	
sonstiger Unfall, Unfallfolgen		Versorgungs- leiden (z.B. BVG)	
Es wird die Einleitung Leistungen zur medizinischen R		nderer Maßnahmen für erfon stufenweise Wiedereingliederur	
Sonstige			
dem Werktag, der auf dei Wenn Ihr Arzt oder Ihre Ä Woche an Ihre Krankenka	sonsti nerte zum Krani nender Arbeitsunfähl n letzten Tag der akt irztin Ihnen die Besc asse weiterleiten. Be	igkeit auf einen lückenlosen Nach tuellen Arbeitsunfähigkeitsbesche cheinigung für die Krankenkasse a bi verspäteter Vorlage der Beschei	Endbescheinigung weis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens an einigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. aushändigt, müssen Sie diese innerhalb von einer inigung bei der Krankenkasse oder lückenhaftem enen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Name, Vorname des Versicherten Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr.	geb. am Status	Erstbescheinigung Folgebescheinigung
Detriebsstatteri-ivi. Arzt-ivi.		
Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit	dem Durchgangsarzt zugewiesen	
arbeitsunfähig seit voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit		Verbindliches Muster
festgestellt am Ausfertigung zum Verbleib	heim Arzt	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 Es wird die Einleitung folgender besonde Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Sonstige	Versorgungs- leiden (z.B. BVG) erer Maßnahmen für erforde stufenweise Wiedereingliederung	
ab 7. AU	I-Woche oder r Krankengeldfall	Endbescheinigung

	Freigah	oe 01.09.2014	
Krankenkasse bzw. Kostentr	äger	0 110012014	Verordnung von Krankenhausbehandlung (Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)
Name, Vorname des Versich	erten		
		geb. am	Belegarzt- behandlung Notfall Unfall, Unfall, Unfallfolgen leiden (BVG)
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser
	l		Nachsterfoldhoard, geolgriete Marikerinaaser
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
	l		
Diagnose			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. Koste	Freigabe 01.09.2014	Verordnung von Krankenhausbehandlung (Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)
Name, Vorname des Versi	cherten	, was meaning not returning not zulassig)
	geb. am	Belegarzt- behandlung Notfall Unfall, Versorgungs-
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. Status	Unfallfolgen leiden (BVG) Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser
		Tradition of the state of goodginete in talk in talk of
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr. Datum	
Diagnose		
		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Bitte dem Patienten geso	andert mitgeben!	
Untersuchungserge	bnisse	
Bisherige Maßnahm	nen (z. B. Medikation)	
Fragestellung/Hinw	eise (z. B. Allergie)	
Mitgegebene Befun	de	

Muster 2b (10.2014)

Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

	Eroi	gabe 01.09.2014	
Krankenkasse bzw. Koste	nträger	gabe 01.00.2014	Verordnung von 2 Krankenhausbehandlung (Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)
Name, Vorname des Versi	cherten		(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulassig)
		geb. am	Belegarzt- behandlung Notfall Unfall, Versorgungs-
Kaatanträgarkannung	Varaighartan Nr	Ctatua	Unfallfolgen leiden (BVG)
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Diagnose			
			Verbindliches Muster
			Verbindliche
			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Für den Krankenhausarzt	! Vertraulich!		
Untersuchungserge	hnisso		
Ontersuchungserge	DI 1155E		
Bisherige Maßnahm	nen (z. B. Medikatio	n)	
Fragestellung/Hinwo	eise (z. B. Allergie)		
-			
Mitgegebene Befun	de		

	Fre	eigabe 01.09.2014
Krankenkasse bzw. Kosten	träger	ngase e neenze i i
Name, Vorname des Versich	herten	
		nah am
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
	1	
Zum Nachweis gegenübe		
(Beantragung von Mutters dass die oben bezeichne		einige icn,
voraussichtlich entbinden		TTMMJJJ
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Die Bescheinigung erteile		TTT balbal il il
von mir vorgenommenen	Untersuchung am	
Ggf. besondere Feststellung	nen	
agi. becondere i edicionari	gon	

Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

Ausfertigung für die Krankenkasse

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Vor der Weitergabe des Vo	ordrucks an die Krankenkasse	von der Versich	erten ausz	ufüllen.								
Name, Vorname							Geb	urtsd	latum			
							Т	T	M	M	J	J
PLZ	Wohnort		Straße,	Haus-Nr.								
Kontoinhaber												
IBAN												
Geldinstitut				BIC								
Angaben zum Besch	äftigungsverhältnis						geki	indig	ıt / be	efrist	et zu	ım
beschäftigt, bei							Т	Т	M	M	J	J
	Anschrift des Arbeitgebe	ers										
selbständig		Erklärung:										
		Änderungen										
arbeitslos		Sofern sich omeine Krank										
		Datum						_		A	cte	٦r
Künstlerin / Publ	lizistin		a b a		Ve	rbin	dlic	he	s N	/JU	216	,
			IIVI	J			rschrift					

Freid	gabe 01.09.2014
äger	Jabe 01.03.2014
erten	
	geb. am
Versicherten-Nr.	
Arzt-Nr.	Datum
	erten Versicherten-Nr.

Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

3

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

Т	Т	M	M	J	J
		•			

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

Ggf. besondere Feststellungen			
3			

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Zuzah-	Krankenkasse bzw. Kosten	Freigabe 1	7.02.2020	Verordnung einer 4			
lungs- pflicht				Verordnung einer 4 Krankenbeförderung			
Zuzah- lungs- frei	Name, Vorname des Versich	herten		Unfall, Unfallfolge			
IICI			geb. am				
				Arbeitsunfall, Berufskrankheit			
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Versorgungsleiden (z.B. BVG)			
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr. Datu	um	Hinfahrt Rückfahrt			
	1. Grund der Beförd	eruna					
	Genehmigungsfreie						
	a) voll-/teilsta Krankenhau	tionäre usbehandlung		vor-/nachstationäre Behandlung			
	b) ambulante E beeinträchtig	Behandlung bei Merkzeicher gung, Pflegegrad 4 oder 5 r	n "aG", "BI", "H", nur Taxi/Mietwa	Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitäts- gen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)			
	c) anderer Gru Fahrten zu H						
ŀ	Genehmigungspflich	ntige Fahrten zu ambulante	en Behandlunge	n (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)			
	d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie (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/I	Behandlungsfrequenz und	l nächsterreichl	bare, geeignete Behandlungsstätte			
	vom/am TTMMJJJ / x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJJ Behandlungsstätte (Name, Ort)						
	3. Art und Ausstattu	ng der Beförderung					
	Taxi/Mietwagen		Rollstuhl				
		nisch-fachliche Betreuung ntung notwendig ist wegen	Tragestuhl				
			liegend				
				Verbindliches Muster			
	RTW NAV			crbindliches			
		stiges (z.B. Datum Aufnahme Ki ort, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt Wohnung stattfindet)		, Ver-			
				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes			

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den VersichertenIch bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von nach)		Rück- Unterschrift des Versicherten
	von		
TTMMJJJ	nach		
	von		
T T M M J J	nach		
	von		
T T M M J J	nach		
	von		
TTMMJJJ	nach		
-1-1-1-1-1	von		
	nach		
-1-1-1-1-1	von		
IIIMMJJJ	nach		
-1-1-1-1-1	von		
TTMMJJ	nach		
-1-1-1-1-1	von		
IIIMMJJJ	nach		
-1-1-1-1-1	von		
IIIMMJJ	nach		
TITIS AIR AIR AIR AIR	von		
	nach		
Bestätigung des T	ransporteurs		Freigabe 17.02.2020
	wurde gemäß der obigen Bestätigung		
durchgeführt.	, manada gamaan dan dangan a danangan g		auster .
	reiungsausweis für den Zeitraum der		hes Mus
Krankenbeförderung wu (Die Angabe ist nicht bei Retti	irde vorgelegt ungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)		sindliche
		/le	_{irbindliches} Muster
	Datum	·	
nein ja		Ste	mpel/Unterschrift des Transporteurs
Abreebaumandete	n des Transporteurs		
IK des Transporteurs	n des Transporteurs Belegnummer		Gesamt-Brutto
Rechnungsnummer			Zuzahlung
Positionsnummer	Anzahl km Positionsnummer	r	Anzahl km

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Freigabe 01.09.2014	Abrechnungsschein	05
		ambulante bei belegärztlicher Unfall, Behandlung Behandlung Unfallfolgen (Quartal Quartal
Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Abklärung somatischer Ursachen anerkannte	Geschlecht W
		Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen	
Kostenträgerkennung Versicherten	n-Nr. Status		
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum		
		Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides	T T M M J J
Tag Mon.	Tag	Mon.	
lag Ivion.	Tag	Mutmaßlicher Tag o	der Entbindung
		Stationäre belegärz	tliche Behandlung
		Tag Monat	t Tag Monat
		von L	bis LLL
		Ich bin bei der obe	
		Krankenkasse versi	ichert.
		Datum Unter	rschrift
			·or
			os Muster
		pindlic ¹	Vea
		Vero	nes Muster
	fällen Berufskrankheiten und Schi	Stempel des Vertrag	gsarztes/Therapeuten Muster 5 (10.2014)

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Überweisungsschein 06 Quartal
Name, Vorname des Versicherten	Kurativ Präventiv Behandl. gemäß bei belegärztl. Behandlung Geschlecht
geb. am	Unfall Datum der OP bei Leistungen Unfallfolgen nach Abschnitt 31.2
	Überweisung an
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	Ausführung von Auftragsleistungen Wit-/Weiterbehandlung AU bis Auftragsleistungen Wit-/Weiterbehandlung
Journal of the Control of the Contro	eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V
Diagnose/Verdachtsdiagnose Befund/Medikation	
Auftrag	
	Verbindliches Muster Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kost Name, Vorname des Vers	entrager	gabe 01.09.2014 geb. am	Überweisung Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen
		g	Diagnosen/Indikation zur Psychotherapie:
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Information fü	r den Arzt:		

Der Konsiliarbericht ist dem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichentherapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.

Ausstellungsdatum





Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Kran	Krankenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 01.09.2014						Sehhilfenverordnung 8							
Nam	Name, Vorname des Versicherten geb. am						am	IK des Leistungserbringers Rechnungsnummer						
Kost	enträo	gerkennung	Versicherter	n-Nr.		Status								
Betri	ebsst	ätten-Nr.	Arzt-Nr.			Datum		Belegnummer						
Befu	nd:		ung um min optrien	destens	s j	a n	iein	Erst- versorgung	Folge- versorgung					
		n, wird eine Ver m mindestens 2			- j	a			ersorgungs- eiden (BVG)					
								Sehbehinderung mindestens WHO 1						
Men	ge uı	nd Art der Ver	ordnung:					Reparatur	Ersatz					
Diagi	nose	/Begründung:												
-														
								Kostenrechnung des Leistun	gserbringers					
		Sphäre Z	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitel- abstand	10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro					
F	R			0										
-	L			0										
N	R													
				0										
	L	. 100 90 80 %			n 11011	00 90 <i>80 70</i>								
0,00	L 130 120	3110 100 90 80 70	\$0 \$5 \$5 \$2		0 120 110 1	00 90 80 70 60	\$\\ \frac{\partial}{2}							
170 180 150	L		\$ 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5		20 110 1		\$ 5.5 5.5 5.5 5.5 5.5 5.5 5.5 5.5 5.5 5.							
180 170 180 50 720	L	R	\$ 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5		J 120 110 1	DO 90 80 70 80	128							
180 170 160 150 150	L	R		180 170 160 150 (2.5)		L	128							
180 170 180 180 180 180 180 180 180 180 180 18	L	R	ndliche	180 170 160 150 (2.5)		L	128	Rechnungsbetrag						

Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)						
Ich erkläre, dass ich bisher noch keine S						
dass meine bisherige Sehhil	Unterschrift des Versicherten					
Entscheidung der Krankenka	Entscheidung der Krankenkasse					
Die Kosten werden übernommen	Stempel der Krankenkasse und Unterschrift					
in Höhe des geltenden Festbetrages in Höhe von Euro	Verbindliches Muster					
Datum	Verbindile					
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.**

Kran	Krankenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 01.09.2014					14	veroranung von 8A						
Next	Name, Vorname des Versicherten Name, Vorname des Versicherten												
INam	ie, vor	name des versi	cnerten					IK des Leistungserbringers					
	geb. am							in des Zeistengseistringers					
								Rechnungsnummer					
Kost	tenträgerkennung Versicherten-Nr. Status												
Betri	iebsst	ätten-Nr.	Arzt-Nr.			 Datum		Belegnummer					
			1			l							
Befu	Befund: Erst- Folge-												
								versorgung versorgung					
		igierter rechts			orrigiert isus lin			Unfall, Versorgungs- Unfallfolgen leiden (BVG)					
		hinderung ns WHO 1	mit	Brille	К	Contaktlinsen		Vergrößerungs- bedarf fach					
								Reparatur Ersatz					
Men	ge ur	nd Art der Ve	rordnung:										
Diagi	nose	/Begründung:											
								Kostenrechnung des Leistungserbringe	rs				
		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis Sch	eitel-	10-stellige					
		Spriare	Zyllridei		FIISIIIa	abs	tand	Hilfsmittelpositionsnummer Betrag Eu	110				
I_	R			0									
F				0									
_	L												
١	R			0									
N				0									
	<u> </u>												
	130 120	110 100 90 80 70	60 50	200	120 110 1	00 90 80 70 60 50							
18		.//////////////////////////////////////	128	'm'	ZIII.	1							
15/			8	35/	Y	$\langle \rangle \rangle$	2						
30 170 160 150 150 150 150 150 150 150 150 150 15		R	88 5	05/ 170 160 750		L	20 10 0						
180 170 160 150			3 10 0	180 170 160 150		L	12						
180 170 180 180 180 180		R	100	180 170 160 15		L	12						
180 170 180 180		R	100	180 170 160 15		L	12	Rechnungsbetrag					
180 170 160 150		R	100	180 170 160 15		L	12	Rechnungsbetrag					
180 170 160 150		R	100	180 170 160 15		L	12	Rechnungsbetrag					
180 170 100 150		R	indliche	180 170 160 15		L	12	Rechnungsbetrag					

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 Krankenka	sse				
Die Kosten werden übernommen in Höhe des geltenden Festbetrages in Höhe von Euro Datum	Stempel der Krankenkasse und Unterschrift				
Empfangsbestätigungvergrößernde 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.**

Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 9 (4.2019)

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	Gebi	urtsd	atum			
	Т	Т	M	М	J	J
Straße, Haus-Nr.						
Fr.	eiga	he	21.	01.	20	19
PLZ Wohnort	٠.9٣			•		. •

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.





Unterschrift der Versicherten

Krankenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 12.05.2020	Überweisungsschein für Laboratoriums- 10 untersuchungen als Auftragsleistung
Rostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	Kurativ Präventiv Bei belegärztl. Unfall, Unfallfolgen Knappschafts-kennziffer Quartal Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben! Abnahmedatum Abnahmezeit T T M M J J h h m M SSW Bei belegärztl. Unfall, Unfallfolgen Knappschafts-kennziffer Quartal Geschlecht Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Behandlung eingeschränkter gemäß § 16 SGB V Abs. 3a SGB V Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch
Auftrag	Vertrassarztstempel / Unterschrift übenv. Arzt

Krankenkasse bzw. Kost	entrager	abe 06.05.2020	Anforderungsschein für Laboratoriums- untersuchungen bei Laborgemeinschaften	10 <i>/</i>
Name, Vorname des Vers	sicherten	Mus geb. am	Kurativ Präventiv bei belegärztl. Unfall, Behandlung Unfallfolgen	
Kostenträgerkennung Betriebsstätten-Nr.	Verbindliches Versicherten-Nr. Arzt-Nr.	Status Datum	Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!	t SSI
Zusätzliche Angabe	en zu Untersuchunge	en	Abnahmedatum Abnahmezeit	

	Befund eilt	1	Serui	n / Plasma / Vol	lblut					Urin		
EDT/	\-Blut			alkalische	13	Gamma GT	27	LDL-Cholesterin	42		Status	55
	großes Blutbild	2		Phosphatase		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	45		Sediment	60
	Retikulozyten	5		Bilirubin direkt	16	Harnsäure	31	(32125)		Citrat	-Blut	
	Blutsenkung	6		Bilirubin gesamt	17	Harnstoff	32	Phosphat, anorg.	46		Quick	8
Gesu	ındheits-			Calcium	18	HDL-Cholesterin	34	Transferrin	47		Quick unter	9
unte	rsuchungen			Cholesterin	19	IgA	35	Triglyceride	48		Marcumar- Therapie	
	Harnstreifentest	62		Cholinesterase	20	IgG	36	C TSH	49		merapie	
	(32880)			CK	21	IgM	37				Thrombinzeit	10
	Nüchternplasma-	63		CRP	23	Kalium	38	Glukose-Profil			PTT	11
	glukose (32881)			Eisen	24	Kreatinin	39	Glukose 1	51			
	Lipidprofil (32882)	64		Eiweiß	25	Kreatinin	40	Glukose 2	52		Sonstiges	61
				Elektrophorese		Clearance		Glukose 3	53			
				Eiweiß gesamt	26	LDH	41	Glukose 4	54			

Krankenkasse bzw. Kostent	Freigabe 11.11.2020	Auftrag für SARS-CoV-2 Testung	10C
Name, Vorname des Versich	erten geb. am	>>>> Muster nicht kopieren! <<<<<	
Kostenträgerkennung Betriebsstätten-Nr.	Versicherten-Nr. Status Arzt-Nr. Datum	Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!	Quartal Q J J Geschlecht
Eintrag nur bei Weiterübe Betriebsstätten-Nr. des Erst	<u> </u>	Abnahmedatum Abnahmezeit T T M M J J h h m m	ersttestung weitere Testung
Diagnostische A Besondere Risikome Betreut/unter-	rkmale einer Weiterverbreitung (sofern zu	utreffend, bitte ankreuzen) Pflege- und anderen Wohneinrichtungen	
gebracht in: Tätigkeit in Einrichtung:	ambulant/stationär (auch Rettungs- dienste, andere humanmed. Heilberufe) Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Kitas, Schulen)	(z.B. Pflegeheime und -dienste, Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)	auster .
	Zwecke der Corona-Warn-App au Dem Versicherten wurden Hinweis	ten zum Übermitteln des Testergebnisses für uf den vom RKI betriebenen Server wurde erteilt. se zum Datenschutz ausgehändigt. **Trmittlung gemäß Infektionsschutzgesetz**	bindliches Muster

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

Muster 10C (1.2021)

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt



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 Testergebnism imt 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

* 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-Code

3D6D08-3567F3F2-4DCF-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	TMMJJ		
Diagnose			
Befunde			
Mitbehandlung nein ja,	im Fachbereich		
Es droht eine Verschlimr	merung des Leidens	oder	Behinderung
Besondere Hinweise			
Patientin / Patient kenn den Medizinie	ohan Dianat night aufaughan	woil	
Patientin / Patient kann den Medizinise	chen Dienst nicht außuchen	., well	
Eine Begutachtung ist voraussichtlich	nach Tagen / Woo	chen möglich. <i>(Nicl</i>	htzutreffendes streichen)
Arbeitsfähig ab	TTMMJJ		
Voraussichtlich arbeitsfähig ab	TTMMJJ		
Folgendes ist mit der Bitte um Rückga	abe beigefügt:	Freigab	e 31.10.2014
Röntgen- Ultraschall- befund	EKG- befund		
Labor- Arzt- oder	hovioht		_{jhes} Mus ^{ter}
befund Krankenhaus Sonstiges	benchi	dlic	hes
	Ausstellungsdatum	Verbinu	
Für den Bericht des Arztes ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig	TIMMJJJ		/ Unterschrift des Arztes

enkasse bzw. Kostentr	äger Freigab	e 31.03.2020	Verordnung häuslicher Krankenpflege 12
, Vorname des Versich	erten		Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)
		geb. am	Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen
			(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)
nträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
bsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Erst- verordnung	Folge- verordnung	Unfall	vom TTMMJJ bis TTMMJJ
Behandlu	ngspflege		Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung
Medikamen	tengabe, Präparate		Häufigkeit Dauer
			tgl. wtl. mtl. vom bis
Herrich	ten der Medikamen	tenbox	
Medika	mentengabe		
Injektio	nen	herrichten	intramuskulär subkutan
Blutzuckern			
Erst- 00 (max. 4 V	der Neueinstellung <i>Vochen und max. 3x täg</i>	lich)	bei intensivierter Insulintherapie
Kompressio	nsbehandlung		rechts links beidseits
Kompre	essionsstrümpfe anz	ziehen	Kompressionsstrümpfe ausziehen
Kompre	essionsverbände an	legen	Kompressionsverbände abnehmen
Stützer	nde und stabilisieren	de Verbände, Art	
Wundversor	gung und Position	swechsel zur Dek	kubitusbehandlung
Wundart			
Lokalisation		aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)	aktueller Grad
Präparate,			
Verbandmate			
	ersorgung akut		Wundversorgung chronisch
	nswechsel zur Deku		
Sonstige Ma	aßnahmen der Beh	andlungspflege	
Anleitung zu	r Behandlungspflege	e für Patient/Angehöri	rige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)
	3-17-3-3-17		Anzahl
Grundofle	ge und hauswi	rtschaftliche V	/ersorauna
	ützungspflege nach		Häufigkeit Dauer
	nhausvermeidungsp	mege nach § 37 (1)	1) SGB V tgl. wtl. mtl. vom bis
	undpflege uswirtschaftliche Ve	rsorauna	
		looigalig -	
Weitere Hin	weise		
	igung für die Krank	ronless -	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag des Versicherten	auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege					
Ich beantrage häusliche Kranken	oflege für die Zeit vom TTMMJJ bis TT	MM	1 J	J		
in meinem Haushalt	Im Haushalt einer sonstigen Person	n einer behinde	erte M	ensc	hen	
				_	einschaf Einrichti	
	Name					
	Straße, Haus-Nr PLZ Ort					
Felevarde verende de Magaz						
durch eine im Haushalt lebe	hmen der häuslichen Krankenpflege können nde Person erbracht werden					
Die verordneten Maßnahmer durch eine im Haushalt lebe	n der häuslichen Krankenpflege können nde Person nicht erbracht werden ationen					
über zugelassene Pflegedier	Datum T T M M J J		Unters oder des	schrift d s geset	les Versicher zlichen Vertr	ten eters
Angahen des Pflegediens	stes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon l	heauftr	ragt w	vorde	en iet)	
		Journ	ugt II	7074	<i>311 101</i>	
Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Ze	it vom TTMMJJJ bis TTMMJJJ	ال ال	figkeit	.	Dauer	
					Dauci	
Leistung				mtl.	vom	bis
						bis
						bis
						bis
						bis
Leistung	einem zugelassenen Pflegedienst (Vertragspartner gem. § 132a	tgl.	wtl.			bis
Leistung		tgl.	wtl.			bis
Leistung Die Pflege wird durchgeführt von		tgl.	wtl.			bis
Leistung Die Pflege wird durchgeführt von Name des Pflegedienstes		tgl.	wtl.			bis
Die Pflege wird durchgeführt von Name des Pflegedienstes Straße, Haus-Nr		tgl.	wtl.			bis
Die Pflege wird durchgeführt von Name des Pflegedienstes Straße, Haus-Nr	einem zugelassenen Pflegedienst (Vertragspartner gem. § 132a	tgl.	wtl.			bis
Die Pflege wird durchgeführt von Name des Pflegedienstes Straße, Haus-Nr PLZ Ort Institutionskennzeichen Pflegedienst	einem zugelassenen Pflegedienst (Vertragspartner gem. § 132a	tgl.	wtl.			bis
Die Pflege wird durchgeführt von Name des Pflegedienstes Straße, Haus-Nr PLZ Ort Institutionskennzeichen Pflegedienst Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Nam	einem zugelassenen Pflegedienst (Vertragspartner gem. § 132a	tgl.	wtl.			bis

Freigabe 31.03.2020 Kostenträgerkennung

Name, Vorname des Versicherten

Versicherten-Nr.

Freigabe 31.03.20)20 Ver	ordi	aun	a h	äueli	cher K	(ran	ker	nnfl	ene	12
				_		se(n) <i>(ICD-1</i>			ipiii	ege	12
Vorname des Versicherten geb. am											
geo. am						e Kranker	npflege	e erfo	rderlic	ch mache	n
	(vgl. au	ch Leis	stungs	verzeio	hnis HKP	-Richtlinie)					
trägerkennung Versicherten-Nr. Status											
osstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum											
Erst- Folge- Linfall		 _ _	. -		1 - 1		
verordnung verordnung Untail	vom		M	MJ	J b	is T	MI	ИJ	J		
Behandlungspflege							Daue von E	er nur a Dauer d	nzuge der ges	ben bei Ab amten Ver	weichung ordnung
Medikamentengabe, Präparate							Häu	figkei	t	Dauer	
							tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
Herrichten der Medikamentenbox											
Medikamentengabe											
Injektionen herrichter	n int	ramus	skulär			subkutan					
Blutzuckermessung								T	I		
Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)	be	i inter	nsivie	rter In	sulinthe	rapie					
Kompressionsbehandlung	rec	chts		links		beidseits					
Kompressionsstrümpfe anziehen	Ko	mpre	ssion	sstrür	mpfe aus	sziehen					
Kompressionsverbände anlegen	Ko	mpre	ssion	sverb	ände ab	nehmen					
Stützende und stabilisierende Verbände	e, Art										
Wundversorgung und Positionswechsel zu	ır Dekubitusbe	hanc	llung								
Wundart											
Lokalisation aktuelle G				ak Gr	tueller ad						
Präparate, Verbandmaterialien				_	_						
	10/				اء داد داد						
Wundversorgung akut Positionswechsel zur Dekubitusbehandl		unave	ersorg	ung c	hronisch	1					
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspfle											
Sonstige Machaninen der Benandungspill	cyc										
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Ar	ngehörige (z.B. Inj	ektione	en, Wu	ndbeh	andlung)						
							Anz	zahl			
Grundpflege und hauswirtschaftlic	he Versorgu	ıng									
Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SG	B V	Häu	ıfigke	it	Dauer						
Krankenhausvermeidungspflege nach §		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis					
Grundpflege		Ť									
hauswirtschaftliche Versorgung											
Weitere Hinweise			I	I		1					
Worker Chiliweise											
Ausfertigung für den Pflegedienst	1						Vertr	ragsarzt	stempel	/ Unterschrift	des Arztes

rkasse bzw. Kostenträger Freigabe 31.03.2020				_		cher K			npfl	ege	-
Vorname des Versicherten geb. am	Einsc	hränki	unger	– — n, die	häuslich	se(n) (ICD-10 ————————————————————————————————————				ch mache	en
rägerkennung Versicherten-Nr. Status											
sstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum											
Erst- Folge- Unfall verordnung	vom	т	М	MJ	J b	is TT	M	ИJ	J		
Behandlungspflege										ben bei Ab amten Ver	
Medikamentengabe, Präparate							Häu	ıfigkei	it	Dauer	
							tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
Herrichten der Medikamentenbox											
Medikamentengabe											
Injektionen herrichten	in	tramu	skulä	r		subkutan					
Blutzuckermessung								1	1	I	l .
Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)	be	ei inter	nsivie	rter Ir	sulinthe	rapie					
Kompressionsbehandlung	re	chts		links		beidseits					
Kompressionsstrümpfe anziehen			ssion	J	mpfe au						
Kompressionsverbände anlegen					-	nehmen					
Stützende und stabilisierende Verbände, Art		этгрго	001011	0.010	arrao ac						
Wundart Lokalisation aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) Präparate,					tueller ad						
Verbandmaterialien											
Wundversorgung akut	W	undve	ersorg	jung c	chroniscl	า					
Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung											
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege									1		1
A Little B La Harris Communication											
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige	e (z.B. In	jektion	en, Wu	ındbeh	andlung)		Anz	zahl			
Grundpflege und hauswirtschaftliche Ve	rcora	una									
Grundphege und nauswirtschaftliche ve	ersorg	ung									
Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V		Häu	ufigke	eit	Dauer						
Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1)	SGB V	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis					
Grundpflege											
hauswirtschaftliche Versorgung											
Weitere Hinweise											

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Zuzah- lungs- frei	Krankenkasse bzw. Koste	Freigabe 08.01.202	Heilmittelverordnung 13
Zuzah- lungs- pflicht Unfall- folgen	Name, Vorname des Vers	icherten geb. am	Physiotherapie Podologische Therapie Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
BVG	Kostenträgerkennung Betriebsstätten-Nr.	Versicherten-Nr. Status Arzt-Nr. Datum	Ergotherapie Ernährungstherapie
	Behandlungsreleva ICD-10 - Code	ante Diagnose(n)	
	Diagnose- gruppe	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog a antenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angek	b c patientenindividuelle Leitsymptomatik
	Heilmittel nach Ma Heilmittel	ßgabe des Kataloges	Behandlungseinheiten
	Ergänzendes Heilmitte		Therapie-
	innerhalb von	ehandlungsbedarf	n frequénz
	IK des Leistungserb		Verbindliches Muster

Empfangsbestätigung durch den VersichertenIch bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heil	mittel, ggf. auch Hau	usbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19				Frei	gabe 08.01.2020
20					
Abrechnungson Rechnungsnumme	laten des	Heilmittelerb	oringers		
IK des Leistungser	bringers	Belegnu	ımmer		
Behandlungsabbru	ch	Nach Rücksprad	che mit dem A	ırzt	
TIMMJ	J	Abweichun von der Fre	ng equenz		
		Änderung in			Muster
Begründung		Gruppen- therapie	Einzel- therapie		_{idliches} Muster
				Verbin	

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

asse bzw. Kostentra	äger	reigabe	01.09	.2014	IK des Leistungserbring	ers	Ohrenäi			
								ung eine	er Hörh	ilfe
orname des Versiche	erten				Rechnungsnummer		Be	elegnummer		
			geb.	am						
					Der Anspruchsber	rechtigte v	var schon Träger	eines Gerätes	ja	nein
ägerkennung	Versicherten-Nr.	:	Status		Falls ja, warum entspricht	das bishe	r getragene Gerä	t nicht mehr dei	n Anforderun	gen?
1911 N.	A sect No.									
stätten-Nr.	Arzt-Nr.	ı	Datum							
Ohrbefund	<u> </u>						Ohrbefund			
Gehörgang		operativ			Rechts	LINKS	Gehörgang	operati		
normal Trommelfell		rweitert		eng			normal Trommelfell	erweiter		eng
intakt	durch	nlöchert	feu	cht			intakt	durchlöcher	t fe	ucht
Frequ 0,125	Jenz in kHz 0,25 0,5	1 1 5	2 3 4	6 9 10	Weber bei 50		Frequen: 0,125 0,2		15 0 0	4 6 8
9	0,25 0,5	1 1,5	2 3 4	6 8 10	R med. Geräusc	h	⊕ -10 -10	5 0,5 1	1,5 2 3	4 6 8
10							.⊆-10			
10 Hoverlust 20 Ho					- 10		O Howellost			
20 10 120					20		2 10 9 ± 20			
30					— 30 ·		30			
40					— 40 ·		40			
50					<u> </u>		50			
60					─ 60 ·		60			
70					— 70 ·		70			
90							90			
100					⊢ dB -		100			
110							110			
	haglichkeits	sschwelle h	pitte eintra	agen			110	glichkeitsschw	elle bitte eint	ragen
Unbe	haglichkeits ändlichkeit	in %			Impedan	z	110 Unbehag Verständ	glichkeitsschweitlichkeit in %		
Unbel Versta	ändlichkeit				Impedan		Unbehag Verständ			
Unbel Versta	ändlichkeit	in %			Impedan R Sondenoh	r L	Unbehag Verständ	dlichkeit in %		
Unbel Versta	ändlichkeit	in %			Impedan	r L	Unbehag Verständ	dlichkeit in %	60	
Unbel Versta	ändlichkeit	in % 40 60			R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius	r L	Unbehag Verständ	dlichkeit in % 20 40	60 {	
Unbel Versta	ändlichkeit	in % 40 60			R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius Reflex	r L dB dB	Unbehag Verständ	dlichkeit in % 20 40	60 8	
Unbe	ändlichkeit	in % 40 60			R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius HL SL Reflex 0,5 kHz	r L dB dB	110 Unbehag Verständ	dlichkeit in % 20 40	60	
Unbel Versta 0 8p ui leged lin de leged lin	ändlichkeit	in % 40 60 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0			R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius Reflex	r L dB dB	Unbehage Verständ 0 20 Sachacher Schaller Schal	dlichkeit in % 20 40	60 8	
Unbel Versta	ändlichkeit	in % 40 60 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10			R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius HL SL Reflex 0,5 kHz	r L dB dB	Unbehag Verständ	dlichkeit in % 20 40 40 20 40 20 30	60	
Unbel Versta 0 8p ui leged lin de leged lin	ändlichkeit	in % 40 60 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10			R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius HL SL Reflex 0,5 kHz 1 kHz	r L dB dB	Unbehage Verständ 0 20 Sachacher Schaller Schal	dlichkeit in % 20 40	60	
Unbel Versta 0 8p ui lebe 20 lebe 20 lebe 35 lebe 35 lebe 36 l	ändlichkeit	in % 40 60 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10			R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius Reflex 0,5 kHz 1 kHz 2 kHz	r L dB dB	Unbehage Verstänc 0 2 Bp ui 188 5 Unbehage Verstänc 0 2 Solution of the second of t	dlichkeit in % 20 40 40 20 30 30 30 40 40 50 60	60	
Unbel Versta 0 8 b ui legal de la companyant de la compan	ändlichkeit	in % 40 66			R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius Reflex 0,5 kHz 1 kHz 2 kHz	r L dB dB	Unbehage Verstänc 0 2 8p ui legebage Verstänc 0 2 8p vi legebage Verstänc 0 3 8p vi legebage Verstänc 0 4 8p vi legebage Verstänc 0 5 8p vi legebage Verstänc 0 5 8p vi legebage Verstänc 0 6 8p vi legebage Verstän	dlichkeit in % 20 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40	60	
Unbel Versta 0 8p ui lebe 20 lebe 20 lebe 35 lebe 35 lebe 36 l	ändlichkeit	in % 40 66			R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius Reflex 0,5 kHz 1 kHz 2 kHz 4 kHz FI. Spr.	r L dB dB	Unbehage Verstänc 0 2 Bp ui 188 5 Unbehage Verstänc 0 2 Solution of the second of t	dlichkeit in % 20 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40	60	
Unbel Versta 0 8 5 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	ändlichkeit	in % 40 60 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10			R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius Reflex 0,5 kHz 1 kHz 2 kHz 4 kHz FI. Spr. (Zahlen)	r L dB dB	Unbehage Verstänc 0 2 Bp ui legel 20 Sobrator 35 Government 35	dlichkeit in % 20 40 40 20 30 30 30 40 40 50 60	60	
Unbel Versta 0 8p ui lebe 20 lebe 20 lebe 35 lebe 35 lebe 35 lebe 36	ändlichkeit	in % 40 60 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10) 80		R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius Reflex 0,5 kHz 1 kHz 2 kHz 4 kHz FI. Spr. (Zahlen)	r L dB dB HL SL	Unbehage Verstänc 0 2 Bp ui 188 20 George	dlichkeit in % 20 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40 40	60	
Unbel Versta 0 8p ui lebe 20 lebe 20 state of the control of the c	ändlichkeit 20	in % 40 60 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10) 80		R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius Reflex 0,5 kHz 1 kHz 2 kHz 4 kHz FI. Spr. (Zahlen) Um. Spr.	r L dB dB HL SL	Unbehage Verstänc 0 2 Bp ui 188 20 George	Solution Solution	60	
Unbel Versta 0 8p ui lebe 20 lebe 20 lebe 35 lebe 35 lebe 35 lebe 36	ändlichkeit 20	in % 40 60 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10) 80		R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius Reflex 0,5 kHz 1 kHz 2 kHz 4 kHz FI. Spr. (Zahlen) Um. Spr.	r L dB dB HL SL	Unbehage Verstänc 0 2 Bp ui 188 20 George	Solution Solution	60	
Unbel Versta 0 8p ui lebe 20 lebe 20 state of the control of the c	ändlichkeit 20	in % 40 60 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10) 80		R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius Reflex 0,5 kHz 1 kHz 2 kHz 4 kHz FI. Spr. (Zahlen) Um. Spr.	r L dB dB HL SL	Unbehage Verstänc 0 2 Bp ui 188 20 George	Solution Solution	60	
Unbel Versta 0 8p ui lebe 20 lebe 20 state of the control of the c	ändlichkeit	in % 40 60 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10			Impedan R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius Reflex 0,5 kHz 1 kHz 2 kHz 4 kHz FI. Spr. (Zahlen) Um. Spr. (Zahlen)	r L dB dB HL SL	Unbehage Verstänc 0 2 Bp ui 188 20 George	Hichkeit in % 20 40 40 20 40 20 40 20 40 20 40 20 40 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20	60 8	30 1
Unbel Versta 0 Bp 5 ii leb 20 dlleb 20 do 80 65 80 95 110 Diskri Diagnose	ändlichkeit 20 iminationsverendig	in % 40 60 60 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10) 80 	0 100 links	Impedan R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius Reflex 0,5 kHz 1 kHz 2 kHz 4 kHz FI. Spr. (Zahlen) Um. Spr. (Zahlen)	dB dB HL SL	Unbehage Verstänc 0 2 Bp ui 188 20 George	Hichkeit in % 20 40 40 20 40 20 40 20 40 20 40 20 40 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20	60 8	30 10
Unbel Versta 0 8p ui 1988 20 110 0 65 80 95 110 Diskri Diagnose	ändlichkeit 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20	in % 40 60 60 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10) 80	0 100 links	R Sondenoh MO-Druck mm H ₂ O dB dB Stapedius Reflex 0,5 kHz 1 kHz 2 kHz 4 kHz FI. Spr. (Zahlen) Um. Spr. (Zahlen)	dB dB HL SL	Unbehage Verstänc 0 2 Bp ui 188 20 George	Hichkeit in % 20 40 40 20 40 20 40 20 40 20 40 20 40 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20	60	30 10

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) ______% oder a) mit Einsilbern b) mit Mehrsilbern ______ % (entsprechend DIN 45621) oder % (Marburger Satztest nach Niemeyer) c) mit Sätzen Vergleich verschiedener Hörgeräte über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand) Fabrikat Typ Hilfsmittelpositionsnummer Verstanden Wörter Zahlen Sätze Α В C D Nach den durchgeführten Hörproben schlage ich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit folgende Versorgung vor

Gerät		Positionsnummer
Begründung		
		Stempel und Unterschrift
	Ausgestellt am	
Gesamtpreis Euro		
Kostenvoranschlag für		Stempel und Unterschrift
Tinnitusmasker Tinnitusinstrument	Ausgestellt am	
Gesamtpreis Euro	Ausgestellt atti	
Ärztliche Bescheinigung		
Ich habe mich davon überzeugt, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird.		

Leistung der Krankenkasse

Die Krankenkasse übernimmt _____ Euro

Ausgestellt am

Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung

Ausgestellt am

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am _____ die verordnete Hörhilfe ____
erhalten zu haben den verordneten Tinnitusmasker/ das verordnete Tinnitusinstrument ____

Freigabe 01.09.2014

Raum für interne Vermerke der Krankenkasse

Das vorgeschlagene Gerät ist zweckmäßig

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

ausreichend zweckmäßig ist

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

	Freigabe 01.09.2014							
	Krankenkasse bzw. Kostenti	räger	00 0110012011	Hilfs- Impf- SprSt. Begr BVG mittel stoff Bedarf Pflicht	Apotheken-Nummer / IK			
Gebühr frei				6 7 8 9	,			
Geb	Name, Vorname des Versich	nerten		Zuzahlung Gesamt-Brutto				
pfl.		auster						
noctu		wiches Mus	geb. am					
	inini	glio.		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor Taxe			
Sonstige	Ae _{LDII} .	dliches Muster		1. Verordnung				
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	2. Verordnung				
Unfall								
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	3. Verordnung				
Arbeits- unfall								
	Rp. (Bitte Leerräume durc	chstreichen)			Vertragsarztstempel			
aut idem								
aut idem								
aut idem								
E	- P P P P	Abgab	edatum		Unterschrift des Arztes			
Bei Ar auszu	beitsunfall füllen!	in der	Apotheke		Muster 16 (10.2014)			
Unfall	tag Unfallbetrieb	oder Arbeitgebernummer						

Empfangsbestätigung für Hilfsmittel

Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers
1		
2		
3		

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

Vermerke der Krankenkasse



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	01.09.2014	Notfall-/Vertretungsschein 19							19			
News Version de Versiehede			ärztlicher Notfalldie			rlaubs- k rankheits		ng		Notfall	Quartal	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am		Unfall Unfallfolg	gen							Geschlecht	W M
		Diagn	osen / g	gf. Abı	echnun	gsbegrü	ndunger	n				
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Da	atum											
Befunde/Therapie bitte auf Teil b ein	tragen!		Arbeitsunt pescheinio						Teil b e	rhält we	eiterbehandelnder Ar	zt:
				꽳								
					100							
						8						
Tag Mon.	Tag M	lon.				ZJ#U ZJPCE	21.1					
		ШL					$\perp \perp$					
		— - — -						_ _				
											dliches Mu	ster
										اهده	dliches we	
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versich	ert. N	licht z	u verw	rende	n [1/e	rbiii		
<u> </u>	b	ei Arb	eitsun krankl	fäller	ı,							
Datum Unterschrift des Versicherten			hüleru							V	ertragsarztstempel Muster 1	9a (10.2014)

П

Krankenkasse bzw. Koste	Krankenkasse bzw. Kostenträger Preigabe 01.09.2014 Notfall-/Vertretungsschein 19								
		ärztlicher Urlaubs- bzw. Notfalldienst Krankheitsvertretung	Notfall Quartal						
Name, Vorname des Vers	cherten geb. am	Unfall Unfallfolgen Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen	Geschlecht W						
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. Status								
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr. Datum								
efunde/Therapie		bescheinigt bis							
Tag Mon.	Tag	Mon.							
			194						
			was Musici						
Ich bin bei der oben ge	nannten Krankenkasse versichert.	Minellana für den	Verbindliches Muster						
Datum	Unterschrift des Versicherten	Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt	Vertragsarztstempel Muster 19b (10.2014)						

Krankenkasse bzw. Kost	enträger Freiga	be 01.09.2014	Notfall-/Vertretungssche	ein 19
			ärztlicher Urlaubs- bzw. Notfalldienst Krankheitsvertretung	g Notfall Quartal
Name, Vorname des Ver	sicherten	geb. am	Unfall Unfallfolgen	Geschlecht W
			Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Tag Mon.		Tag N	/lon.]
				Verbindliches Muster
				verbindliches
ch bin bei der oben ge Datum	enannten Krankenkasse ver Unterschrift des Versichert		Zum Verbleib beim vertretenden Arzt	Vertragsarztstempel Muster 19c (10.2014

enkasse bzw. Kostenti	räger	Freigabe 15.10.2018	Stufenw	eise Wiedereing	aliederung	20
			in das E	rwerbsleben		
Vorname des Versich	nerten	geb. am	(Wiedere	eingliederungsp	olan)	
		Ü	zuletzt ausge	übte Tätigkeit		
iträgerkennung	Versicherten-N					
uragerkermung	Versionerten					
osstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			Stund täglich	
					taglioi	
wieder in da	s Erwerbsl und nach	e Wiederaufnahme seiner T eben eingegliedert werden dessen Rücksprache mit d	. Nach meiner ä	rztlichen Beurteilung emp	fehle ich mit Einverständ	lnis des
vom	Ŭ	bis	Art der Tätigk (ggf. Einschrä			Stunden täglich
TITM	ијј	TTMMJJJ	(39.1 =			
TTM		TTMMILI				
	4100					-
IIIMN	VI J J	TIMMJJ				
TMM	M J J	TTMMJJ				
Für die Erst ist die Nr. 0	tellung des 11622 EBM	s ärztlichen Wiedereingliede I berechnungsfähig	erungsplanes		Vertragsarztstempel / Unte	rschrift des Arztes
kann nach A	geschlager Absprache i	nerten nen Wiedereingliederungsp mit dem behandelnden Arz ogebrochen werden.				
				Datum		
				TTMMJJ	Unterschrift des Ve	rsicherten
F-1-12						
Erklärung d Mit dem vor	_	gebers · Wiedereingliederungsplan	bin ich einverst	anden		
ja						
	ter folgood	on Vorguesotzungen				
nur unt	ter rolgende	en Voraussetzungen				
noin						
nein					Verbindliches	Muster
Für die gelei	isteten Stur	nden wird ein (Teil-)Arbeitse	entgelt gezahlt		whindliches	, ·
ja				Datum	Aere	
nein				TTMMJJ	Stempel und Unterschrift	des Arbeitgebers
	rtigung för	r den Arbeitgeber				
Ausiel	ragang lai	den Arbeitgebei				

pkagaa baw Kaata	anträgar.	Freigab	oe 15.10.2018	0					0.0
nkasse bzw. Koste	entrager			Stutenw in das F	eise Wiederei rwerbsleben	nglie	derung		20
Vorname des Versi	sicherten				eingliederungs	plan)		
			geb. am	zuletzt ausge		•	•		
				Zuletzt ausgel	uble raligheit				
trägerkennung	Versicherten-I	Nr.	Status						
sstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum					ınden	
							tag	llich	
wieder in c	das Erwerbs en und nach	leben eing	gegliedert werder	n. Nach meiner ä	er o. g. Versicherte nach rztlichen Beurteilung er folgenden Ablauf für d	npfehle	ich mit Einversta	ändnis	des
vom		bis		(ggf. Einschrä					täglich
TTM	MJJ	TT	MMJJ						
TIM	M J J	ТТ	MMJJJ						
IIIM	MJJ		MIMIT						
TTM	MJJ	TT	MMJJ						
Erklärung Mit dem vokann nach	des Versich	herten hen Wiede	ereingliederungsp behandelnden Arz	plan bin ich einve	erstanden. Falls nachtei ng der Belastungseinsc Datum			gen er	wachsen
					TTMMJ	J	Unterschrift de	es Versich	erten
Erklärung	des Arbeit	gebere							
		~	ingliederungsplar	n bin ich einverst	anden				
ja									
		lass M							
nur u	inter folgend	den Voraus	ssetzungen						
nein									
							Verbindlich	es N	luster
Für die gel	leisteten Stu	unden wird	d ein (Teil-)Arbeits	sentgelt gezahlt			arbindlich	165	
ja					Datum		AGIR		
nein					TITMMLI	J	Choranal	heite -i-	Arbaite - t
					- - - - -		Stempel und Unterso	nrift des A	Arbeitgebers
Ausfe	ertigung für	die Kran	kenkasse						

ıkasse bzw. Koste	enträger	Freigabe 15.10.2018		eise Wiedereing	liederung	20
/orname des Versi	icherten			rwerbsleben eingliederungspl	an)	
		geb. am	•	übte Tätigkeit		
ägerkennung	Versicherten-	-Nr. Status				
		Ni. Status				
stätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			Stunder täglich	
wieder in d Versicherte	das Erwerbs en und nach	se Wiederaufnahme seiner T sleben eingegliedert werden. n dessen Rücksprache mit d	. Nach meiner ä	irztlichen Beurteilung empf	ehle ich mit Einverständni	s des
vom	i ratigkeit	bis	Art der Tätigk (ggf. Einschrä			Stunden täglich
TTM	M J J	TTMMJJ				
TTM	MJJ	TTMMJJ				
TITM	MJJ	TMMJJ				
ТТМ	MJJ	TTMMJJJ				
Für die Er	rstellung de	s ärztlichen Wiedereingliede	rungsplanes			
ist die ivi.	01022 LDI	w berechnungstating			Vertragsarztstempel / Unterso	hrift des Arztes
Mit dem vokann nach	Absprache	herten enen Wiedereingliederungsp mit dem behandelnden Arz abgebrochen werden.	lan bin ich einve t eine Anpassul	erstanden. Falls nachteilige ng der Belastungseinschrä	gesundheitliche Folgen en kungen vorgenommen o	erwachsen, der die
TTTOGOTOTT	gilodoranig e	asgosiosiioni wordonii		Datum		
				TTMMJJ	Unterschrift des Versi	cherten
E-1-12	-1 A -1 14					
	des Arbeit orgesehene	gebers n Wiedereingliederungsplan	bin ich einverst	tanden		
ja						
nuru	nter folgen	den Voraussetzungen				
nar ar	THO TOIGHT					
nein						eter
Für die gel	eisteten Stu	unden wird ein (Teil-)Arbeitse	entgelt gezahlt		Verbindliches !	Mus
ja				Datum	Verbino	
nein				TTMM		
				- 1 1011010	Stempel und Unterschrift de	s Arbeitgebers
Ausf	ertigung fü	r den Versicherten				

nkasse bzw. Koster	nträger	Freigabe 15.10.2018		eise Wiedereing	gliederung	20
Vorname des Version	cherten			rwerbsleben eingliederungsp	olan)	
		geb. am	-	eübte Tätigkeit	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	
ägerkennung	Versicherten-	Nr. Status				
		lan.				
stätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			Stunder täglich	n
wieder in d Versicherte	as Erwerbs n und nach	e Wiederaufnahme seiner Ta leben eingegliedert werden. dessen Rücksprache mit d	Nach meiner ä	arztlichen Beurteilung emp	ofehle ich mit Einverständn	is des
beruflichen vom	ratigkeit	bis	Art der Tätigl (ggf. Einschrä			Stunden täglich
TM	MJJ	TMMJJ				
TTM	MJJ	TMMJJ				
TTM	MJJ	TIMMJJ				
ТТМ	MJJ	TTMMJJJ				
Für die Er	stellung de	s ärztlichen Wiedereingliede I berechnungsfähig	rungsplanes			
ist die ivi.	01022 LDN	n berechnungstanig			Vertragsarztstempel / Unterso	chrift des Arztes
kann nach	rgeschlage Absprache	herten nen Wiedereingliederungspl mit dem behandelnden Arzi bgebrochen werden.	an bin ich einv t eine Anpassul	erstanden. Falls nachteilig ng der Belastungseinschr	je gesundheitliche Folgen d änkungen vorgenommen d	erwachsen, der die
TTI Cast on 19	nodorang d	ageareenen werden.		Datum		
				TTMMJJ	Unterschrift des Versi	cherten
E-1-12	ala a Aada ata	nali ana				
Erklärung Mit dem vo		gebers n Wiedereingliederungsplan	bin ich einvers	tanden		
ja						
nur ur	nter folgeno	len Voraussetzungen				
nur ur	noi roigent				_	
					_	
					_	
					_	
nein						LOY.
	olototor Of	unders wind air (Tall Malacia	ontable sec-1-11		Verbindliches '	Muster
	eisteten Stu	ınden wird ein (Teil-)Arbeitse	enigeit gezahlt		Verbindlic	
ja				Datum		
nein				TTMMJJ	Stempel und Unterschrift de	s Arbeitgebers
Ausfe	ertigung fü	r den Vertragsarzt				

	-rai	gabe 01.09.201 4	_		
Krankenkasse bzw. Kosten	iträger	9450 01.00.2014	Är: de	ztliche Be n Bezug i Erkrank	vor
Name, Vorname des Version	herten		Da	s genannt	e K
		geb. am	voi	_	
				ein- nließlich	1
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		r Beaufsicl er Pflege v	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			
		<u> </u>	_		
Die Art der Erkrank Beaufsichtigung	ung macht die Be	treuung und			
notwendig	ja	nein			
Unfall	ja	nein			ألد
				Verbin	'Oı
				Vertragsarztste	agme

cheinigung für 21 n Krankengeld ng eines Kindes

(ind bedarf/bedurfte

gung, Betreuung gen Krankheit.



Antrag des Versicherten* für den Be	ezug von Krankengeld bei Erk	rankung eines Kindes
Name, Vorname	Geburtsdatum V	/ersichertennummer
	TTMMJJJ	
PLZ Wohnort	Straße, Haus-Ni	r.
		Freigabe 01.09.2014
Kontoinhaber		1 Telgabe 01.09.2014
IBAN		
Geldinstitut	BIC	
Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, und gegen meinen Arbeitgeber während der Finanzen keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung h	Freistellung von der Arbeit	rankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin uuf Entgeltfortzahlung für Tage habe
Ich bin Alleinerziehende(r) ja r	nein	
Eine andere in meinem Haushalt lebende Pers Kindes nicht übernehmen. Krankengeld aus Ar wurde in diesem Kalenderjahr von mir		,
nicht für Tage bezogen		
* Dieser Antrag ist von dem Versicherten zu stellen		Verbindliches Muster Unterschrift des Versicherten
der den Anspruch auf Krankengeld geltend mach	t.	Unterscrimt des versicherten

enkasse bzw. Vorname des	Kostenträger Versicherten	gabe 01.09.2014	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und							
		geb. am	Jugendlichenpsychotherapeu		1 1		1 1	ı		
			Auf Veranlassung von:	A	rztnummer					
nträgerkennun	g Versicherten-Nr.	Status								
sstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Name des Therapeuten	В	etriebsstätte	nnummer		1		
ostatteri-ivi.	AIZEINI.	Jacum								
den a Parall gleitbe	ktuellen Beschwerd elbehandlungen sta	den, medizinische Dia at./amb. (z.B. laufende r psychiatrische bzw.	ingsstandes), relevante anamnestiscagnosen, Differenzial- und Verdachte Medikation), ggf. Befunde, die ein kinder- und jugendpsychiatrische U	tsdiagn ne ärztli	osen, re che/ärzt	elevant lich ve rforder	e Vor- eranlass	und ste E ache		
		ъ	bzw. Untersuchungen notwendig	bzw. ve	_					
_		arnaeete maiznamine	. sem emeredendingen nemenalg			ar arra				
_										
□ ir	dikationen für eine		efunde bestehen derzeit Kontra- ne Behandlung (Begründung s. o.)							
_			Ausstellungsdatum	,	Verbin ⁽	yliche	³² Wn,	ster		

Ausfertigung für den Therapeuten

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Muster 22a (10.2014)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherap Psychotherapeuten und Kinder- un		22
	Jugendlichenpsychotherapeuten Auf Veranlassung von:	Arztnummer	
	Name des Therapeuten Chiffre	Betriebsstättennummer T M M J J des Patie	ente
Es sellen auf Angeben zu felgenden Inhelte	des Familiennamens	eburtsdatum	

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:

	chiatrische bzw. kinder- und				
uge	ndpsychiatrische Abklärung ist erforderlic	ch	nicht erforderlich	erfolgt	veranlasst
Sinc	l ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw.	. Unter	suchungen notwendig	bzw. veranlasst ur	nd ggf. welche?
	Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde indikationen für eine psychotherapeutische Beh				
	Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich				
	Art der Maßnahme:			Freigabe	01.09.2014
					المع
					_{ches} Muster
				Verbindli	٠٠,
			Ausstellungsdatum	ľ	
Für	diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig	9	TTMMJJ	Vertragsarztstempe	/ Unterschrift des Arztes
	Ausfertigung für den Gutachter				

Muster 22b (10.2014)

kasse bzw. K	ostentrager	gabe 01.09.2014	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychothe Psychotherapeuten und Kinder	-	Psycho	logisc	2 he
		geb. am	Jugendlichenpsychotherapeute		1 1		
			Auf Veranlassung von:	Arztnummer			
gerkennung	y Versicherten-Nr.	Status					
tten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Name des Therapeuten	Betriebsstätte	ennummer	•	
Aktuel	le Beschwerden, A	ngaben zum psychi	Ilten gemacht werden: ischen und somatischen Befund (bei				
sonder den ak Paralle	re unter Berücksich ktuellen Beschwerd elbehandlungen sta	ntigung des Entwickl den, medizinische D t./amb. (z.B. laufend	lungsstandes), relevante anamnestisch viagnosen, Differenzial- und Verdachts de Medikation), ggf. Befunde, die eine v. kinder- und jugendpsychiatrische Ur	ne Daten im Z sdiagnosen, r a ärztliche/ärz	'usamm elevante tlich ver	enhang Vor- u anlass	g mit ind te Be
gleitbe	mandiding dila/oder	psychiatrische bzw	v. Kinder- und jugendpsychiathsche Of	itersuctioning e	norden	icii iiia	CHEH
-	atrische bzw. kinde psychiatrische Abk		forderlich nicht erforderlich	erfolg	t] veran	lasst
Sind är —	ztliche/ärztlich vera	anlasste Maßnahme	en bzw. Untersuchungen notwendig b	ozw. veranlas	st und g	ıgf. wel	lche?
_							
	_		Befunde bestehen derzeit Kontra- che Behandlung (Begründung s. o.)				
	ztliche Mitbehandlı t der Maßnahme:	ung ist erforderlich					
				Verbir	dliche	s Mus	ster .
			Ausstellungsdatum	Verbil	,-		

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Krankenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 01.09.2014			Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychol	22 therapie durch Psychologische
Name, Vorname des Vers	sicherten	geb. am	Psychotherapeuten und Kind Jugendlichenpsychotherape Auf Veranlassung von:	
Kostenträgerkennung Betriebsstätten-Nr.	Versicherten-Nr. Arzt-Nr.	Status	Name des Therapeuten	Betriebsstättennummer

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

Ausstellungsdatum





Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit:	bei Schwächung der C zur Vermeidung der V behandlungsbedürftig bei Gefährdung der ge	erschlimmerung Jer Krankheiten	l	·
Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Bes	chwerden			
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				
2.				
3.				
Ursache: 1 = Unfallfolgen; 2 = Berufskrankheit; 3 = Gesundheitsschäden nac Verlauf: 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitut		zu rezidivierende	n somatischen	Erkrankungen
Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:				
	Datum d	er letzten Unter	suchung:	
Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z.	B. Facharzt, Krankenhause	ntlassungsberic	ht)	
können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden	liegen nicht vor		,	
<u> </u>		leafalstavan Vaul		\
Angestrebtes Vorsorgeziel (z.B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Be	ewegiichkeit, Abbau von Hisi	kotaktoren, veri	naitensanderui	1g):
Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Mor	aten durchgeführt?			
Krankengymnastik Physik. Therapie	Stimm-, Sprech- oder Sp		Ergothera	•
Psychotherapie Patientenschulung	Rehasport/Funktionstrain	ning	Selbsthilf	egruppe
Sonstige (z.B. Hilfsmittelversorgung):				
Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinisch Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jah (z.B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil	0	U	e!	
Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z.B. Klima, Alle nein ja, welche	,	_		
empfohlener Kurort:	Dauer: Woch	nen		
Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur)	ja r	nein	ültig seit J	uli 2009
Ggf. weitere Bemerkungen:				.oX
				Music
- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM berechnungsfähig -			rbindliche	5 ^{\cu}
Hinweis: Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Vorauf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.			schrift und Stempel o	

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 25 (7.2009)

Freigal	oe 07.07.2017
äger	07.07.2017
erten	
	geb. am
Versicherten-Nr.	Status
Arzt-Nr.	Datum
	erten Versicherten-Nr.

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

Diagnose (ICD-10-Code) Schweregrad (It. GAF-SKALA) Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen	
Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 de	r Richtlinie und GAF ≤ 40
Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränl	kungen
Angaben des Versicherten	Angaben des nächsten Angehörigen
Straße	Name
PLZ Ort	Straße
Telefonnummer	PLZ Ort
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)	Telefonnummer
Angaben zum Betreuer	Name
Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja	Straße
Wenn ja, für welche Angelegenheiten?	
	PLZ Ort
	Telefonnummer
Voraussichtliche Anzahl Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten Therapieeinheit	zahl der ten
Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchge Leistungen	eführte
Prognose	
Krankenhausbehandlung wird wird vermieden werkü	ist nicht ausführbar
Begründung	

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

Für das Ausstellen der *Erst*verordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der *Folg*everordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

Ausfertigung für die Krankenkasse

Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigefügt!

Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

rkasse bzw. Kostenträger Freigabe 07.07.2017	Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V	26
Vorname des Versicherten geb. am		
	Diagnose (ICD-10-Code)	
trägerkennung Versicherten-Nr. Status	Schweregrad	
stätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	(It. GAF-SKALA)	
	Erkrankung besteht seit (falls bekannt)	
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen		
Zusätzlich hai Diagnasan aus dam Baraich 500 his 500 ga	mäß S 2 Abs. 5 der Piehtlinie und GAE < 40	
Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 ger Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sons		
Angaben des Versicherten	Angaben des nächsten Angehörigen	
Straße	Name	
PLZ Ort	Straße	
Telefonnummer	PLZ Ort	
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Elter	n, in Einrichtung) Telefonnummer	
Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt?	Nein Name	
Wenn ja, für welche Angelegenheiten?	Straße	
World Ja, Id. Wolono / Ligologo molecin.	PLZ Ort	
	Telefonnummer	
Voraussichtliche Anzahl	Beantragte Anzahl der	
der Therapieeinheiten	Therapieeinheiten Bereits durchgeführte	
der Therapie	Leistungen	
Prognose		
Krankenhausbehandlung wird vermieden	wird ist nicht verkürzt ausführbar	
Begründung	verkuizt ausiuiiibai	
-		
Der sozietheraneutische Betreuungsplan ist heinefünt!		cteľ

Verbindliches Muste Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für das Ausstellen der *Erst*verordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der *Folg*everordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

Datum

Muster 26b (10.2017)

get. am get. am get. am Diagnose (rCD +0 Cade) Schweregrad (r. Gaf SALA) Erkrankung besteht seit (falls bekannt) Art und Ausprägung der Fählgkeitsstörungen Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gem88 § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF s. 40 Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Telefornummer Wühnform (z.B. alleinstehend in eigener Wöhnung, Familie/Eilten, in Einschtung) Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapieeinheiten Prognose Weird wird wird ist nicht	Freigabe 07.07.2017 asse bzw. Kostenträger	Verordni	ung Soziotherapie 37a SGB V
Diagnose ((CD-10-Code) Schweregrad (tr. 4AF-SKLAL) Erkrankung besteht seit (falls bekannt) Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF s. 40 Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Vehrnform (z.8. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Prognose Weird Wird Wird Ist nicht		geman	, ora cab v
getternung Versicherten-Nr. Status (RCD-10-Code) Schweregrad (RCD-16-Code) Schweregrad (RCD-16-	geb. am		
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen Erkrankung besteht seit (falls bekannt) Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen Zusätzlich bel 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 Angaben des nächsten Angehörigen Name PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Famille/Eitern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapieeinheiten Prognose Weird Wird Wist nicht			
Erkrankung besteht seit (falls bekannt) Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich FOO bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF s. 40 Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Straße PLZ Ort Straße Wichnform (z.B. alleinstehend in eigener Wehnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Bereits durchgeführte Leistungen Prognose Wird wird wird ist nicht	gerkennung Versicherten-Nr. Status		
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 Angaben des nächsten Angehörigen Name PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eitern, in Einrichtung) Telefonnummer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Straße PLZ Ort Telefonnummer Vurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapieeinheiten Bereits durchgeführte Leistungen Prognose	ätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		
Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 ble F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF s 40 Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen Angaben des Versicherten Straße Angaben des nächsten Angehörigen Name PLZ Ort Telefonnummer Wehnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Name Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Straße PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose		Erkrankung t	esteht seit (falls bekannt)
Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose	Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen		
Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose			
Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose			
Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose	Zusätzlich hai Diagnasan aus dam Baraich E00 his E00 gu	emäß & 2 Abs 5 der	Pichtlinia und CAE < 40
Angaben des Versicherten Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Prognose Angaben des nächsten Angehörigen Name PLZ Ort Telefonnummer PLZ Ort Telefonnummer Name Straße Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten Dereits durchgeführte Leistungen Prognose			
Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eitern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Straße Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Wird Wird ist nicht			
Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eitern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Straße Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Wird Wird ist nicht			
Straße PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eitern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja Straße Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Wird Wird ist nicht			
PLZ Ort Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eitern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Straße PLZ Ort Telefonnummer Name PLZ Ort Telefonnummer PLZ Ort Telefonnummer Wird wird ist nicht			
Telefonnummer Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eitern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie PLZ Ort Telefonnummer Name Name Name PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten Bereits durchgeführte Leistungen Prognose	Straße		Name
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird wird Ielefonnummer Name Name Straße PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose	PLZ Ort		Straße
Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Prognose Nein Ja Straße PLZ Ort PLZ Ort Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten Bereits durchgeführte Leistungen Prognose	Telefonnummer		PLZ Ort
Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Prognose Nein Ja Straße PLZ Ort PLZ Ort Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten Bereits durchgeführte Leistungen Prognose			
Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird ist nicht	Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Elte	ərn, in Einrichtung)	Telefonnummer
Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Wenn ja, für welche Angelegenheiten? PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird ist nicht	Angebon zum Betrouer		
Wenn ja, für welche Angelegenheiten? PLZ Ort Telefonnummer Voraussichtliche Anzahl Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird ist nicht		Nein Ja	Name
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Prognose Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird ist nicht			Straße
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird ist nicht	Wenn ja, für welche Angelegenheiten?		PLZ Ort
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird ist nicht			
der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird wird wird wird wird wird wird wird ist nicht			Ielefonnummer
der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie Bereits durchgeführte Leistungen Prognose wird wird wird wird wird ist nicht		Beantragte Anz	ahl der
Prognose wird wi		Therapieeinheite	en
wird wird ist nicht	voraussichtliche Dauer der Therapie	Bereits durchge Leistungen	типте
wird wird ist nicht	Prognose		
K reply appearable benefit up at 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	wird		
	Krankenhausbehandlung vermieden	verkü	zt ausführbar
Begründung	Begründung		

Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigefügt!

Für das Ausstellen der *Erst*verordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der *Folg*everordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

Ausfertigung für den verordnenden Arzt



Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Freigabe 01.09.2014	4			
kasse bzw. Kostenträger	Soziotherap gem. § 37a	eutischer Betre	euungsplan	2
/orname des Versicherten				
geb. am		/erordnung und zur die Krankenkasse)		
rägerkennung Versicherten-Nr. Status	_			
agenterming versioneren vi. Claus				
stätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	IK de	s Leistungserbringers		
Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)				
Verordnete und empfohlene Maßnahmen, den	en Inanspruchnahme zu	u koordinieren ist		
· ·				
1				
2				
3				
4				
5.				
6				
7				
8.				
·				
9.				
Durchführung der soziotherapeutischen Ma	aisnanmen —————			
Art der Maßnahmen	Frequ	enz pro Woche / Monat	Zeitraum	
Ausstellungsdatum		Datum	Unterschrift des Therape	uten
	ndliches Muster			
	uiches IV.			
• • • • • • • • • • • • • • • • • • •	10110	Datum	Unterschrift des Patiente	n

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen

Muster 27a (10.2014)

rkasse bzw. Kostenträger		gabe 01.09.2014	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V		
orname des Vers	icherten	geb. am	(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)		
ägerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
stätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	IK des Leistungserbringers		
Therapie	eziele (Nah- und F	Fernziele definieren)			
Verordne	ete und empfohle	ne Maßnahmen, deren	Inanspruchnahme zu koordinieren ist		
1.					
6.					
7.					
8.					
9.					
Durchfü	ihrung der sozio	therapeutischen Maß	nahmen		
Art der I	Maßnahmen		Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum	

Ausstellungsdatum

Ausfertigung zum Verbleib

beim soziotherapeutischen

Leistungserbringer

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum	Unterschrift des Therapeuten
Datum	Unterschrift des Patienten

Freigabe 01.09.2014 enkasse bzw. Kostenträger			Soziotherapeutischer Betreuungsplan			
ne, Vorname des Vers	icherten	geb. am	gem. § 37a SGB V (als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)			
tenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status				
iebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	IK des Leistungserbringers			
			Inanspruchnahme zu koordinieren ist			
	-					
2						
3						
6.						
7.						
8.						
9.						
Durchfü	hrung der sozi	otherapeutischen Maß	nahmen			
Art der N	Maßnahmen		Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum		

Ausstellungsdatum

Ausfertigung

zum Verbleib beim verordnenden Arzt

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum	Unterschrift des Therapeuten
Datum	Unterschrift des Patienten

an die Krankenkasse weiterzuleiten!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers

	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie
forname des Versicherten geb. am	gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten
ägerkennung Versicherten-Nr. Status	. Diamana
	Diagnose (ICD-10-Code)
stätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	
	Erkrankung besteht seit (falls bekannt)
Krankenhausbehandlung wird vermieden	wird ist nicht verkürzt ausführbar
Erklärung des Arztes Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherter Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, zie Leistungserbringer hinzu Name des soziotherapeutischen Leistungserbringers	
Straße	
PLZ Ort	
Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. berechnungsfähig.	Datum T T M M J J Vertragsarztstempel / Unterschrift des
Abrechnung des soziotherapeutischen Leistu Folgende Leistungen wurden erbracht Datum Leistung	ungserbringers
TMMJJ	
TTMMJJ	
TTMMJJ	
IIIMMJJ	
T T M M J J Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistung	ngen persönlich erbracht habe und hitte
T T M M J J Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leisturum Überweisung des vertraglich vereinbarten B	ngen persönlich erbracht habe und bitte Betrages auf folgendes Konto
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistur	ngen persönlich erbracht habe und bitte Betrages auf folgendes Konto
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistur um Überweisung des vertraglich vereinbarten B	ngen persönlich erbracht habe und bitte Betrages auf folgendes Konto
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistur um Überweisung des vertraglich vereinbarten B Kontoinhaber	ingen persönlich erbracht habe und bitte Betrages auf folgendes Konto
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistur um Überweisung des vertraglich vereinbarten B	ingen persönlich erbracht habe und bitte Betrages auf folgendes Konto
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistur um Überweisung des vertraglich vereinbarten B Kontoinhaber	Ingen persönlich erbracht habe und bitte Betrages auf folgendes Konto
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistur um Überweisung des vertraglich vereinbarten B Kontoinhaber	Betrages auf folgendes Konto
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistur um Überweisung des vertraglich vereinbarten B Kontoinhaber IBAN	Betrages auf folgendes Konto
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistur um Überweisung des vertraglich vereinbarten B Kontoinhaber IBAN	Betrages auf folgendes Konto

Datum

Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers

nkasse bzw. Koste	nträger Freiga	abe 07.07.2017	Verordnung bei Überweisung zur 2
/	- Landaria		Indikationsstellung für Soziotherapie
/orname des Versi	cnerten	geb. am	gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten
rägerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Diagnose
sstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	(ICD-10-Code)
			Erkrankung besteht seit (falls bekannt)
Krankenh	nausbehandlung	wird vermieden	wird ist nicht verkürzt ausführbar
Mit dem : Facharzt/ Leistungs	g des Arztes Ziel, die Überweisu (Psychotherapeuter serbringer hinzu soziotherapeutischen Lei	n sicherzustellen, zie	n an einen verordnungsberechtigten iehe ich folgenden soziotherapeutischen
Straße			
PLZ	Ort		
			Datum
	Ausstellen dieses \ ungsfähig.	/ordrucks ist die Nr.	TTTMMJJJ
Abrechn Folgende	ung des soziother Leistungen wurde Leistu		ungserbringers
TTN	MMJJ		
TTN	MMJJ		
TTN	1MJJ		
TITIN	MMJJJ		
Ich version	weisung des vertra	aufgeführten Leistur	ingen persönlich erbracht habe und bitte Betrages auf folgendes Konto
BIC		Geldins	nstitut
			tiches Muster

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Dat	um				
Т	Т	M	M	J	J

	Freig	abe 09.05.2017	
Krankenkasse bzw. Koste	entrager	dbc 03.00.2017	zur verhaltensbez prävention gem.
Name, Vorname des Vers	icherten	geb. am	Bewegungsge Ernährung Stressmanage Suchtmittelko
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Sonstiges
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
	rkannten Präventio	ankenkasse über die nsangebote und die	
	ndelnden Arztes (z.B. Präventionsempfehlu		
			Verbindlic
			Vertragsarztstempel /

Empfehlung 36 zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

Bewegungsgewohnheiten
Ernährung
Stressmanagement
Suchtmittelkonsum
Sonstiges

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 36 (7.2017)

enkasse bzw. Kostenträger Freigabe 10.11.2020	Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom Auftragsnummer des Labors
, Vorname des Versicherten geb. am	Hamagananima daa Labara
Alterskategorie 20-29 Jahre Auftrag (Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungssz Primär- screening Zytologie HPV-Test Gruppe HPV-Impfung HPV-HR-Testergebnis vollständig liegt vor keine unklar Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales nein ja Welche? Wann? Jatuat 35 Jahre Jah	vorhanden nicht vorhanden Proliferationsgrad Döderleinflora Mischflora Kokkenflora
Periode nein Gravidität Ausfluss / pathologische Blutung IUP Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung (ggf. bitte in Anmerkungen erläutern) Klinischer Befund unauffällig auff. Erläuterungen ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen	Zeitraum in Monaten sofort Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes
	Verbindliches Muster

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Freigabe 10.11.2020 Krankenkasse bzw. Kostenträger	Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom
Name, Vorname des Versicherten geb. am	Auftragsnummer des Labors
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	Zytologischer Befund / Kombinationsbefund Eingangsdatum
Anamnese Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? nein gruppe HPV-Impfung HPV-HR-Testergebnis vollständig unvollständig liegt vor keine unklar Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales nein Ja, zuletzt MM M M M M M M M M M M M	re vorhanden nicht vorhanden Proliferationsgrad
Jetzt: Letzte Periode T T MMJ J Gravidität Ausfluss / pathologische Blutung IUP Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung (ggf. bitte in Anmerkungen erläutern) Klinischer Befund unauffällig au Erläuterungen ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portic Diagnosen; sonstige Anmerkungen	zytologische Kontrolle
	whindliches Muster

Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt

NelD Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Krebsfrüherkennung - Männer

40

	Verfärbung oder Blutung kens oder Knotens	38	nein	1	ja	2	
Äußeres Genitale	auffällig						
Prostata auffällig	isolierte Verhärtung	40		1		2	
	totale Verhärtung						
Rektum / Kolon	Tastbefund auffällig	42		1		2	Zusätzl. ab dem
	Stuhltest zurückgegeben	43		1		2	Alter von
	Stuhltest positiv	44		1		2	50 Jahren
Inquinale Lymph	(noten auffällig	45		1		2	
Bisher unbekannte	S	46		1		2	



Bei Werten über 140/90 2. Messung eintragen





Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse

Sehr geehrte(r) Frau / Herr	
Sie haben am TTMMJJ für Frau / Herrn	
Name und Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Anschrift des Versicherten	
Versichertennummer	
eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgende Verordnung(en)	
eine Verordnung von Krankenhausbehandlung	Freigabe 04.08.2005
ausgestellt.	
Bitte geben Sie auf der Rückseite Auskunft zu folgendem Sachverhalt:	
Bei uns kann keine Mitgliedschaft festgestellt werden bzw. die Mitgliedschaft endete am	TMMJJ
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 Vertragsarz	rt auszufüllen!		7	
Wurde der Name und d	das Geburtsdatum von uns richtig wiede	ergegeben?	ja	nein
Wenn nein, bitte berich Name und Vorname de				Geburtsdatum T M M J J
Hat ein Behandlungsau	usweis zum Zeitpunkt der Behandlung v	orgelegen?] ja	nein
Name der Krankenkass	se			
Bei Kassenwechsel: Name der neuen Krank Bitte nur bei Angabe einer n Behandlungstag	neuen Krankenkasse ausfüllen! EBM-Nr.	Behandlungstag	EBM-Nr.	
TTMMJJ		TTMMJJ		
TMMJJ		TTMMJJ		
		Ausstellungsdatum		tbe 04.08.2005 Muster
		TTMMJJ		tempel / Unterschrift des Arztes

Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers

Sehr geehrte(r) Frau / Herr	
Sie haben am TTMMJJ für Frau / Herrn	
Name und Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
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. Gewalteinwirk	kung
vor.	
2. Es besteht möglicherweise ein ursächlicher Zusammenhang mit dem/den anerkannten Verso	rgungsleiden
Frei	gabe 08.08.2005
Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe. Mit freundlichen Grüßen	auster
Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe. Mit freundlichen Grüßen Verbindliche	Anlage Freiumschlag
Verbin	rielumschlag

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

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 an einen anderen Arzt von einem anderen Arzt Name des Arztes Anschrift Wurden von Ihnen Leistungen (z.B. Arzneimittel, Heil-/Hilfsmittel, Krankentransport aufgrund des Unfalls) veranlasst / verordnet? nein Wenn ja, welche? (bitte genaue Bezeichnung) Dauert die Behandlung noch an? nein ja Ist mit Spätfolgen zu rechnen? nein noch nicht absehbar Bitte in jedem Fall ausfüllen! Behandlungstag EBM-Nr. Behandlungstag EBM-Nr. zu 2. Angaben zum ursächlichen Zusammenhang mit dem Versorgungsleiden Steht die für die Bescheinigung / Verordnung (s. Vorderseite) maßgebliche Diagnose im ursächlichen Zusammenhang mit nein zweifelhaft den anerkannten Versorgungsleiden? Nur bei Arbeitsunfähigkeit / Krankenhauseinweisung! Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung / Krankenhauseinweisung war ausschließlich / überwiegend wegen der anerkannten Schädigungsfolgen vom überwiegend wegen anderer Leiden vom Bitte in jedem Fall ausfüllen! Behandlungstag EBM-Nr. Freigabe 08.08.2005 Verbindliches Muster Ausstellungsdatum Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Kranken	kasse bzw. Kostenträger	Freigabe 21.05	.2015		t für die Krar				52
Name, V	orname des Versicherten			Fortbe	stehen der A	rbeitst	ımamığı	Keit	
		geb	. am						
Kostenti	ägerkennung Versicherte	en-Nr. Status							
Betriebs	stätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum							
1.	Wegen welcher Diag								
	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	Cada	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 ü	ibte der Versicherte	ois zum	Beainn der Arb	eitsunfähigkeit aus?				
	(Bei Empfängern von Arb				9				
	2.1 erwerbstätig	g als							
	2.2 Der Versich	erte ist Empfänger v	on Arbei	tslosengeld un	d hat sich vor Beginr	n der Arbeit	sunfähigkei	t für	Stunden
		der Arbeitsvermittlur	_		llt. Imfang leichte Tätigke	aitan ausüh	en?	ia	nein
	italii dei Li	inplanger von Arbeit	sioserige	id iii dieseiii o	imang leichte raugkt	enen ausub	en:	ja	TICITI
3.	Ist der Zeitpunkt des	Wiedereintritts der	Arbeitsfä	higkeit absehb	oar?				
	nein ja	a, Arbeitsfähigkeit be	esteht vo	raussichtlich a	b T T M M J	J			
4	Welche diagnostisch	en/therapeutischen	Maßnahi	men sind in Re	zug auf die Arbeitsur	nfähiokeit au	ıslösende(n) Diagnose(r	n)
	vorgesehen?		iviai) iai ii	non oma m Be	zag dar die 7 i zeitedi	namgkon a) Blagnood(i	''
	konservativ (ggf. war	nn und weiche)							
	operativ (ggf. wann und welche)								
5.	Weitere behandelnde								
	(Diese Angabe ist nur erf	forderlicn, sofern nicht a	us aen Be	runaberichten ers	sichtlich.)				
6.	Welche weiteren Mal	ßnahmen sind angez	eigt?						
	keine Medizinische Rehabilitation						n		
	Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit) (Gilt nicht für Arbeitslose.) Psychotherapeutische Behandlung						nandlung		
	Stufenweise Wiedereingliederung Leistung zur Teilhabe am								
	(Gilt nicht für Arbeitslose.) Arbeitsleben								
	Sonstige (z.B. S	Suchttherapie, Ernäh	rungsbe	ratung, Rückei	nschule)				
7.	7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?								
	nein ja, folgende								
	Besteht oder droht e Sonstiges / Bemerku			ja	nein				
ອ.	Consuges / Demerkt	angen zum Gesunun	GIGZUST	ind				مقعار	ister
	Verbindliches Muster						u-		
					5		Verbing	A**	
		dieses Berichts ist o	die		Datum				
	Nr. 01622 EBM bei	rechnungstähig				JJJ	Vertragsarztster	mnel / 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 TTMMJJJ	arbeitsunfähig erkrankt in stationärer Behandlung
Um die Dauer des Leistungsanspruchs prüfen zu können, teilen Sie uvorherigen Arbeitsunfähigkeitszeiten (Daten siehe Rückseite) in ursäc	
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 auszufülle	en!		
l.	Arbeitsunfähig vom TTMMJJ bis wegen	TTMMJJ		
II.	Vorher bestand Arbeitsunfähigkeit wegen	vom	bis	behandelnder Arzt
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6	TTMMJJ	TIMMJJ	
	Vom Vertragsarzt auszufüllen!			
	Handelt es sich bei der unter I. angegebenen I dieselbe Krankheit* im Sinne der unten abgedi		_	heiten um
	nein ja, und zwar bei der/den u	unter Ziffer(n)		genannten Krankheit(en).
III. Sind während der unter I. genannten Arbeitsunfähigkeit weitere Krankheiten hinzugetreten?				
	nein ja, und zwar			
				am TTMMJJ
	Wird die Arbeitsunfähigkeit nur noch von der/o	den hinzugetretenen Kran	kheit(en) bedingt?	
	nein ja, und zwar			
				ab TTMMJJ
	Handelt es sich bei der hinzugetretenen Krank dieselbe Krankheit* im Sinne der unten abgedi			kung um
	nein ja, und zwar bei der/den u	unter Ziffer(n)		genannten Krankheit(en).
	Ergänzende Bemerkungen			
	ŭ ŭ			
				igabe 04.08.2005
				Muster
				rbindliches Muster
		Ausst	tellungsdatum 1 6	kp
	*) Versicherungsrechtliche Erläuterungen	T 1		gsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Der Begriff "dieselbe Krankheit" setzt nicht vorraus, 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.

Freigabe 08.07.2016						
Krankenkasse bzw. Kostenträger						
Name, Vorname des Versi	cherten					
		geb. am				
		geb. am				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status				
		1				
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				
oehandlungsbedürf	ftige Dauerdiagno	se(n) ((CD-10)				
CD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code				
		_				
Kontinuierliche me	dizinische Versorg	jung der oben				
genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich						
ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar						
ja, voraussichtlich bis MM J J						
nein						
Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung						
erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.						
DZW. 151 UIE 141. U 10 TU EDIVI DETECTITUTIONISTATIO.						

Bescheinigung einer 55 schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V

Seit I I I I I I I J J	Seit	Т	Т	M	M	J	J
------------------------	------	---	---	---	---	---	---

(mindestens 4 Quartale zurückliegend) ist der Versicherte wegen derselben Erkrankung in Dauerbehandlung.

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 55 (10.2016)

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	· ot	Geburtsdatum
	Verbindliches Muster	TTMMJJ
Krankenkasse	windliches	
	Ne Lpu.	Freigabe 08.07.2016
Krankenversichertennummer		

Kasse bzw. Kostenträger Freigabe 13.03.2018			Antra	ag auf Kostei	nübern	ahme	Ę
orname des Ver	sicherten Mus	geb. am	f	ür Rehabilita	tionssp	ort	
Verbi	ndlici		f	ür Funktions	raining	j	
gerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Dobobil	itationsonort/Eunktion	otroining u	ordon von	den Krankenkassen
tätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	insbeso	itationssport/Funktior Indere mit dem Ziel d	er Hilfe zur	Selbsthilfe	e zur Verfügung gestellt.
		ng für Rehabilita			raining		
verordnun	igsrelevante Diag	nose(n), gegebenenfall	s relevante	e Nebendiagnose(n)			
Schädigu	ng der Körperfunl	ktionen und Körperstru	ıkturen für	die verordnungsrelev	ante Beein	trächtigun	g der Aktivität und Teilh
Ziel des R	Rehabilitationsspo	rts/Funktionstrainings					
Empfoble	ano Pohahilitatio	nconortart			Empf	oblono Eu	nktionstrainingsarton
Gym	ene Rehabilitatio nastik	_					nktionstrainingsarten
(aucl	h im Wasser)	Schwimmen		Leichtathletik		Trockengy	mnastik
	egungsspiele	Sonstige			_	Wassergyr	nnastik
		des Selbstbewusstsein Frauen und Mädchen					
Rehabilita	ationssport ist no	otwendig für			Funkt	ionstraini	ng ist notwendig für
50 Ü	lbungseinheiten i	n 18 Monaten (Richtwe	erte)			12 Monate	(Richtwert)
120	Übungseinheiten	in 36 Monaten (Richtw	/erte) nur b	pei		24 Monate gender	e (Richtwert) nur bei fol- n gesicherten chronisch
	Asthma bronch	iale	Mor	bus Parkinson		schwer	eiten/Behinderungen be er Beeinträchtigung der lichkeit/Mobilität
	Blindheit, in den vor Antragsstell	letzten 12 Monaten ung erworben	Muk	coviszidose		Fi	bromyalgie-Syndrome
	Chronischer-ob Lungenkrankhe		Mult	tipler Sklerose		K	ollagenosen
	Doppelamputat	ion	Mus	skeldystrophie		N	orbus Bechterew
	Epilepsie, therapieresister	nt		eninsuffizienz, ninal		o	steoporose
	Glasknochen			anische schädigung		Р	olyarthrosen, schwer
	Infantiler Zerebralparese		Poly	neuropathie		P	soriasis-Arthritis
	Marfan-Syndro	m	sch	rschnittlähmung, were Lähmung aparese, Paraplegie,		R	heumatoide Arthritis
	Morbus Bechte	rew	Tetra	aparese, Tetraplegie)			
	hungseinheiten (R	ichtwert) zur Stärkung c	des Selbstk	pewusstseins			
28 Ü	ehinderter oder vo		ionitor i rad	or and maderion			
28 Ü	ehinderter oder vo		oben gen	annten Richtwerten			
Längere L	ehinderter oder volumen der vo	en bei Abweichung von enn bei kognitiven und	l psychiscl	hen Beeinträchtigung	en die lang	fristige Du	rchführung des
Längere L Übungspr	ehinderter oder vo Übungseinheite eistungsdauer, w ogramms in Eige	en bei Abweichung von	l psychiscl oder noch	hen Beeinträchtigung			rchführung des

Rehabilitationssport in Herzgruppen ist no	otwendig 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 (R	120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) bei Kinderherzgruppen						
Übungseinheiten bei Abweichung	g von oben genannten Richtwerten						
Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiver die langfristige Durchführung des Übungspro oder noch nicht möglich ist.	n und psychischen Beeinträchtigungen ogramms in Eigenverantwortung nicht						
45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Ric	chtwerte)						
Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungs für Rehabilitationssport/Funktionstraining	sveranstaltungen I						
1 mal 2 mal							
3 mal, Begründung							
	Datum						
Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig	TTMMJJ	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes					
Antrag auf Kostenübernahme							
	ei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werd	den					
voicin, mager usw., r osticitzam, ort							
Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit	MMJJ Detum						
Turnitoristianing pereits ten seit	Datum						
		Unterschrift des Versicherten					
Kostenübernahmeerklärung de Die Kosten werden entsprechend der besteh	r Krankenkasse nenden Vereinbarung übernommen zur Durchführui	ng und Finanzierung des					
Rehabilitationssports gemäß § 43 Abs.1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 64 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX	Funktionstrainings gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 64 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX						
tur	Anzahl wöchentlicher						
50 Übungseinheiten /18 Monate	Übungsveranstaltungen						
120 Übungseinheiten /36 Monate	1 mal 2 mal 3 mal						
Übungseinheiten	für die Dauer von						
90 Übungseinheiten /24 Monate (Herzgruppen)	12 Monaten	Freigabe 13.03.2018					
120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)	24 Monaten						
45 Übungseinheiten / 12 Monate							
(Herzgruppen) Monaten Monaten							
(Herzgruppen) für den Zeitraum vom TTMMJJ	Monaten Iängstens bis T T M M J J Datum	Verbindliches Muster					

		Evoluaba (77 44 0040
Krankenkasse bzw. Kostent	räger	-reigabe ()7.11.2019
Name, Vorname des Versich	nerten		
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
			geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten	-Nr.	Status
	1		1
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Do	tum
Detriebsstatteri-ivi.	AIZI-III.	Da	ituiii
	I		

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

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.

61 Teil A

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagr	nosen		
A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache	,
1.			* Mögliche Ursache der Erkrankung
2.			(nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)
3.			1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken
4.			Dritter (z. B. Unfallfolgen) 4 = Folgen von Kriegs-,
5.			Zivil- oder Wehrdienst 5 = Meldepflichtige Erkrankung
6.			(z. B. IfSG)
II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse			
Beratung der/des Versicherten Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT au Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zur Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen de (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT au Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil kr bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeter rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung	medizinischen Rehabilitati für Leistungen der Kinder- r Krankenkasse ist angezeigt. wszufüllen. rankheits-/behinderungs- droht. Es wird die n. weil z. B. die versiche-	Rehabilitat	on oder onkologischen
werden können. ggf. weitere Anmerkungen	, and the second	Vert	_{lin} dliches Muster
	Datum T T M M J J		ztstempel / Unterschrift des Arztes
III.Im Original zurück an die Vertragsärztin / den ˈ	Vertragsarzt		
Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig			
Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)			
Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)			
Sonstiges			
		Stempe	I / Unterschrift der Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Koste	enträger Freig	a be 07.11.2019
Name, Vorname des Vers	icherten	
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
	1	1

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

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.

61 Teil A

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

Rehabilitationsbegründende und weitere Diag			
Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache	*
			* Mögliche Ursache
			der Erkrankung (nur anzugeben,
			wenn eine der folgende Ursachen zutrifft)
			1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken
			Dritter (z. B. Unfallfolgen)
			4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdien:
			5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)
Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse			
•			
_			
Beratung der/des Versicherten Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT	auszufüllen.		
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT		on der Kra	nkenkasse und/oder
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke	r medizinischen Rehabilitatio it für Leistungen der Kinder-I	on der Kra Rehabilitat	nkenkasse und/oder ion oder onkologische
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu	r medizinischen Rehabilitatic it für Leistungen der Kinder-I ler Krankenkasse	on der Kra Rehabilitat	nkenkasse und/oder ion oder onkologische
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen of (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers	r medizinischen Rehabilitatio it für Leistungen der Kinder-I ler Krankenkasse n) ist angezeigt.	on der Kra Rehabilitat	nkenkasse und/oder ion oder onkologische
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen o (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT	r medizinischen Rehabilitatio it für Leistungen der Kinder-I ler Krankenkasse n) ist angezeigt.	on der Kra Rehabilitat	nkenkasse und/oder ion oder onkologische
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen c (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder	r medizinischen Rehabilitation it für Leistungen der Kinder-lar Krankenkassen) ist angezeigt. Fauszufüllen. krankheits-/behinderungser droht. Es wird die	on der Kra Rehabilitat	nkenkasse und/oder ion oder onkologische
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht ode Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbet rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherur	r medizinischen Rehabilitation it für Leistungen der Kinder-lar Krankenkassen) ist angezeigt. Fauszufüllen. krankheits-/behinderungser droht. Es wird die en, weil z. B. die versiche-	Rehabilitat	ion oder onkologische
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht ode Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbet	r medizinischen Rehabilitation it für Leistungen der Kinder-lar Krankenkassen) ist angezeigt. Fauszufüllen. krankheits-/behinderungser droht. Es wird die en, weil z. B. die versiche-	Rehabilitat	ion oder onkologische
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht ode Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbet rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherur	r medizinischen Rehabilitation it für Leistungen der Kinder-lar Krankenkassen) ist angezeigt. Fauszufüllen. krankheits-/behinderungser droht. Es wird die en, weil z. B. die versiche-	Rehabilitat	ion oder onkologischei
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen of (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht ode Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbet rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherur werden können.	r medizinischen Rehabilitation it für Leistungen der Kinder-lar Krankenkassen) ist angezeigt. Fauszufüllen. krankheits-/behinderungser droht. Es wird die en, weil z. B. die versiche-	Rehabilitat	nkenkasse und/oder ion oder onkologische indliches Muster
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen of (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht ode Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbet rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherur werden können.	ir medizinischen Rehabilitation it für Leistungen der Kinder-Iller Krankenkassen) ist angezeigt. Fauszufüllen. krankheits-/behinderungser droht. Es wird die en, weil z. B. die versicheg nicht eindeutig beurteilt	Ve^r	ion oder onkologische Jindliches Mustel
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen of (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht ode Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbet rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherur werden können.	ir medizinischen Rehabilitation it für Leistungen der Kinder-Iller Krankenkassen) ist angezeigt. Fauszufüllen. krankheits-/behinderungser droht. Es wird die en, weil z. B. die versicheg nicht eindeutig beurteilt	Ve^r	ion oder onkologische
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen of (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht ode Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbet rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherur werden können. f. weitere Anmerkungen	ir medizinischen Rehabilitation it für Leistungen der Kinder-Ider Krankenkassen) ist angezeigt. Fauszufüllen. Krankheits-/behinderungser droht. Es wird die en, weil z. B. die versicheng nicht eindeutig beurteilt Datum TTMMMJJJ	Ve^r	ion oder onkologische
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbet rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherun werden können. If. weitere Anmerkungen Im Original zurück an die Vertragsärztin / der	ir medizinischen Rehabilitation it für Leistungen der Kinder-Ider Krankenkassen) ist angezeigt. Fauszufüllen. Krankheits-/behinderungser droht. Es wird die en, weil z. B. die versicheng nicht eindeutig beurteilt Datum TTMMMJJJ	Ve^r	ion oder onkologische
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht ode Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbet rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherur werden können. If. weitere Anmerkungen	ir medizinischen Rehabilitation it für Leistungen der Kinder-Ider Krankenkassen) ist angezeigt. Fauszufüllen. Krankheits-/behinderungser droht. Es wird die en, weil z. B. die versicheng nicht eindeutig beurteilt Datum TTMMMJJJ	Ve^r	ion oder onkologische Jindliches Mustel
Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorter Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHTE Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbet rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung werden können. 15. weitere Anmerkungen 16. Im Original zurück an die Vertragsärztin / der bigender Rehabilitationsträger ist zuständig 17. Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)	ir medizinischen Rehabilitation it für Leistungen der Kinder-Ider Krankenkassen) ist angezeigt. Fauszufüllen. Krankheits-/behinderungser droht. Es wird die en, weil z. B. die versicheng nicht eindeutig beurteilt Datum TTMMMJJJ	Ve^r	ion oder onkologische Jindliches Mustel
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurortei Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht ode Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbet rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherur werden können. If. weitere Anmerkungen Im Original zurück an die Vertragsärztin / der Ilgender Rehabilitationsträger ist zuständig	ir medizinischen Rehabilitation it für Leistungen der Kinder-Ider Krankenkassen) ist angezeigt. Fauszufüllen. Krankheits-/behinderungser droht. Es wird die en, weil z. B. die versicheng nicht eindeutig beurteilt Datum TTMMMJJJ	Ve^r	ion oder onkologische Jindliches Mustel
Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zu Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigke Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorter Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHTEINE medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbet rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherur werden können. 1. Im Original zurück an die Vertragsärztin / der oligender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)	ir medizinischen Rehabilitation it für Leistungen der Kinder-Ider Krankenkassen) ist angezeigt. Fauszufüllen. Krankheits-/behinderungser droht. Es wird die en, weil z. B. die versicheng nicht eindeutig beurteilt Datum TTMMMJJJ	Ve^r	ion oder onkologische

Muster 61 Teil Ab (4.2020)

name des Ve	rsicherten			Rehabilita	I TION rsorgung ist nicht aus	reichend	
			geb. am	Die Kulative Vei	sorgang ist mont aus	reichend	
			_	Es handelt der Erwerb Berufskran	sich weder um eine M sfähigkeit noch um die kheit	inderung / e Folgen ein	erhebliche Gefährdu les Arbeitsunfalls / e
erkennung	Versicherter	n-Nr.	Status	Bei gleichrangige	er Zuständigkeit		
tten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum		<i>ilitation, onkologische Reha</i> /r wünscht eine medizi		
				zu Lasten o	der GKV		
I. Re	habilitatio	onsbegrü	ndende und v	weitere Diagnos	sen		
A. Reh	abilitations	sbegründen	de Funktionsdia	agnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache	*
1.							* Mögliche Ursache
_							der Erkrankung (nur anzugeben,
2							wenn eine der folge Ursachen zutrifft)
3							1 = Arbeitsunfall eins Wegeunfall
B. Wei	tere rehahi	litationerela	evante Diagnose	en			2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge
							durch Einwirken Dritter (z.B. Unfallfolgen
4							4 = Folgen von Kriegs Zivil- oder Wehrdi
5							5 = Meldepflichtige Erkrankung
6.							(z. B. IfSG)
II. An	gaben zu	r Rehabil	itationsbedüı		m Verlauf der Kra Ind zu Krankenhaus-		
II. An	gaben zu	r Rehabil	itationsbedüı	rftigkeit und zuı			
II. An	gaben zu ze Angabei	r Rehabil n zur Anam	itationsbedül nese (insbesonder	rftigkeit und zui		und Facha	arztbehandlung
II. An	gaben zu ze Angabei abilitations	r Rehabil n zur Anam srelevante S	itationsbedü nese (insbesonder	rftigkeit und zui	ınd zu Krankenhaus-	und Facha	arztbehandlung
II. An	gaben zu ze Angabei abilitations	r Rehabil n zur Anam srelevante S	itationsbedü nese (insbesonder	rftigkeit und zui e Beginn und Verlauf) u und Befunde (relevan	ınd zu Krankenhaus-	und Facha	arztbehandlung
II. An	gaben zu ze Angabei abilitations	r Rehabil n zur Anam srelevante S	itationsbedü nese (insbesonder	rftigkeit und zui e Beginn und Verlauf) u und Befunde (relevan	ınd zu Krankenhaus-	und Facha	arztbehandlung
B. Reh	gaben zu ze Angabei nabilitations hel/Frühreha-l	r Rehabil n zur Anam srelevante S Barthel)	itationsbedü nese (insbesonder Schädigungen u	rftigkeit und zui e Beginn und Verlauf) u und Befunde (relevan	te Untersuchungsergebniss	und Facha	arztbehandlung
B. Reh	gaben zu ze Angabei nabilitations hel/Frühreha-l	r Rehabil n zur Anam srelevante S Barthel)	itationsbedü nese (insbesonder Schädigungen u	rftigkeit und zui e Beginn und Verlauf) u und Befunde (relevan	te Untersuchungsergebniss	und Facha	arztbehandlung
B. Reh	gaben zu ze Angabei nabilitations hel/Frühreha-l	r Rehabil n zur Anam srelevante S Barthel)	itationsbedü nese (insbesonder Schädigungen u	rftigkeit und zui e Beginn und Verlauf) u und Befunde (relevan	te Untersuchungsergebniss	und Facha	arztbehandlung
B. Reh	gaben zu ze Angabei nabilitations hel/Frühreha-l	r Rehabil n zur Anam srelevante S Barthel)	itationsbedü nese (insbesonder Schädigungen u	rftigkeit und zui e Beginn und Verlauf) u und Befunde (relevan	te Untersuchungsergebniss	und Facha	arztbehandlung
B. Reh	gaben zu ze Angabei nabilitations nel/Frühreha-l	r Rehabil n zur Anam srelevante S Barthel)	itationsbedünese (insbesonder	rftigkeit und zui e Beginn und Verlauf) u und Befunde (relevan	te Untersuchungsergebniss	und Facha	arztbehandlung
B. Reh Barti D. Heil	gaben zu ze Angabei nabilitations nel/Frühreha-l	r Rehabil n zur Anam srelevante S Barthel)	itationsbedünese (insbesonder Schädigungen und otherapeutische Monaten (bitte e	rftigkeit und zui re Beginn und Verlauf) u und Befunde (relevan e Interventionen	te Untersuchungsergebniss	und Facha	arztbehandlung
B. Reh Barti D. Heil	gaben zu ze Angabei nabilitations nel/Frühreha-l	r Rehabil n zur Anam srelevante S arthel) iche/psych en letzten 6	itationsbedünese (insbesonder Schädigungen und otherapeutische Monaten (bitte e	rftigkeit und zui re Beginn und Verlauf) u und Befunde (relevan e Interventionen	te Untersuchungsergebniss	und Facha	arztbehandlung

	Freigabe 07.11.2019	Verordnu Rehabili	ıng von medizir tation	nische	r 61 Teil
name des Versicherten	geb. am		ersorgung ist nicht aus	reichend	
	g.c. a	Es hande der Erwe Berufskr	elt sich weder um eine Mi rbsfähigkeit noch um die	nderung / Folgen eir	erhebliche Gefährdung nes Arbeitsunfalls / eine
erkennung Versiche	orten-Nr. Status		ankneit iger Zuständigkeit		
tten-Nr. Arzt-Nr.	Datum	(z. B. Kinder-Reh	abilitation, onkologische Rehal te/r wünscht eine medizir		
			n der GKV	lisone rici	abilitation
I. Rehabilita	tionsbegründende und w	veitere Diagn	osen		
		•	Diagnoseschlüssel	Ulusaalaa	
	nsbegründende Funktionsdia	_	ICD-10-GM	Ursache	<u>^</u>
1.					* Mögliche Ursache der Erkrankung
2					(nur anzugeben, wenn eine der folgend Ursachen zutrifft)
3.					1 = Arbeitsunfall einsch
					Wegeunfall 2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge
	bilitationsrelevante Diagnose				durch Einwirken Dritter
4					(z. B. Unfallfolgen) 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdien
5.					5 = Meldepflichtige Frkrankung
6. II. Angaben z	zur Rehabilitationsbedür Den zur Anamnese (insbesondere	ftigkeit und z	um Verlauf der Krar		Erkrankung (z. B. IfSG)
6. II. Angaben z	zur Rehabilitationsbedür	ftigkeit und z	um Verlauf der Krar		Erkrankung (z. B. IfSG)
6. II. Angaben z	zur Rehabilitationsbedür	ftigkeit und z	um Verlauf der Krar		Erkrankung (z. B. IfSG)
6. II. Angaben z A. Kurze Angab	zur Rehabilitationsbedürf ben zur Anamnese (insbesondere	ftigkeit und z Beginn und Verlau	um Verlauf der Krar und zu Krankenhaus-	und Facha	erkrankung (z. B. IfSG) andlung arztbehandlung
6. II. Angaben z A. Kurze Angab B. Rehabilitatio Barthel/Frühreh	zur Rehabilitationsbedürf ben zur Anamnese (insbesondere	ftigkeit und z Beginn und Verlaum	um Verlauf der Krar und zu Krankenhaus-	und Facha	Erkrańkung (z. B. IfSG) andlung arztbehandlung Assessmentergebnisse, z.
6. II. Angaben z A. Kurze Angab B. Rehabilitatio Barthel/Frühreh	zur Rehabilitationsbedürf den zur Anamnese (insbesondere den zur Anamnese (insbesondere	ftigkeit und z Beginn und Verlaum	um Verlauf der Krar und zu Krankenhaus-	und Facha	Erkrańkung (z. B. IfSG) andlung arztbehandlung Assessmentergebnisse, z.
B. Rehabilitatio Barthel/Frühreh	zur Rehabilitationsbedürf den zur Anamnese (insbesondere den zur Anamnese (insbesondere	ftigkeit und z Beginn und Verlaum nd Befunde (relev	um Verlauf der Krang und zu Krankenhaus- (und Facha	andlung arztbehandlung Assessmentergebnisse, z.
B. Rehabilitatio Barthel/Frühreh	zur Rehabilitationsbedürf pen zur Anamnese (insbesondere ensrelevante Schädigungen un a-Barthel) ztliche/psychotherapeutische	ftigkeit und z Beginn und Verlaum nd Befunde (relev	um Verlauf der Krang und zu Krankenhaus- (und Facha	Erkrańkung (z. B. IfSG) andlung arztbehandlung Assessmentergebnisse, z.
B. Rehabilitatio Barthel/Frühreh C. Bisherige ärz	zur Rehabilitationsbedürf pen zur Anamnese (insbesondere ensrelevante Schädigungen un a-Barthel) ztliche/psychotherapeutische	ftigkeit und z Beginn und Verlauf nd Befunde (relev	um Verlauf der Kran) und zu Krankenhaus- ante Untersuchungsergebniss angeben)	und Facha	Erkrańkung (z. B. IfSG) andlung arztbehandlung Assessmentergebnisse, z.
B. Rehabilitatio Barthel/Frühreh C. Bisherige ärz Heilmittel	zur Rehabilitationsbedürf ben zur Anamnese (insbesondere ensrelevante Schädigungen un a-Barthel) ztliche/psychotherapeutische den letzten 6 Monaten (bitte ein	ftigkeit und z Beginn und Verlauf nd Befunde (relev	um Verlauf der Kran) und zu Krankenhaus- ante Untersuchungsergebniss angeben)	und Facha	endlung arztbehandlung
B. Rehabilitatio Barthel/Frühreh C. Bisherige ärz	zur Rehabilitationsbedürf ben zur Anamnese (insbesondere ensrelevante Schädigungen un a-Barthel) ztliche/psychotherapeutische den letzten 6 Monaten (bitte ein	ftigkeit und z Beginn und Verlauf nd Befunde (relev	um Verlauf der Kran) und zu Krankenhaus- ante Untersuchungsergebniss angeben)	und Facha	Erkrankung (z. B. IfSG) andlung arztbehandlung Assessmentergebnisse, z
B. Rehabilitatio Barthel/Frühreh C. Bisherige ärz Heilmittel	zur Rehabilitationsbedürften zur Anamnese (insbesondere einsbesondere ei	ftigkeit und z Beginn und Verlauf nd Befunde (relev	um Verlauf der Kran) und zu Krankenhaus- ante Untersuchungsergebniss angeben)	und Facha	Erkrańkung (z. B. IfSG) andlung arztbehandlung Assessmentergebnisse, z.

Name, Vorname	des Versicherten Freigabe	07.11.2019	Kostenträgerkenr	nung Versiche	erten-Nr.		61 Teil C
·			Ŭ				61 Tell C
G. Nicht nu	ır vorübergehende Beeint	rächtigungen de		n/Teilhabe keine Beein- ächtigungen	Einschrän- kungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
	und Wissensanwendung (a ungen treffen)	z. B. Probleme lösen,					
	ine Aufgaben und Anforde Irchführen, mit Belastungen, Kris						
Kommur	nikation (z. B. Konversation be						
	,						
Mobilität	t						
Trans	fer Bett / Stuhl bzw. Rollstu	uhl					
Stehe	en / Gehen						
Trepp	pensteigen						
Sons	tige						
Selbstve	ersorgung						
Esser	n / Trinken						
An-/	Auskleiden						
Wasc	chen						
Bade	n / Duschen						
Toilet	tenbenutzung						
Sons	tige						
	nes Leben (z. B. Einkaufen, Ma t verrichten, anderen Familienmi						
Interpers	sonelle Aktivitäten (z. B. Fai	nilienbeziehungen au	ufbauen				
	hterhalten, soziale Beziehungen ende Lebensbereiche (z. B.		iauna				
	und Bildung, wirtschaftliche Eig						
	schaftsleben und soziales iligen, Erholung und Freizeit)	Leben (z. B. am G	emeinschafts-				
U. Labanau	umatända/Kantavtfaktava	_					
	ımstände/Kontextfaktore ıbilitationsrelevante umwe		ezogene Fa	ktoren			
(z. B. a	allein / mit Familie lebend, in Alte stützung(-sbedarf), sprachliche V	n-/Pflegeeinrichtung	ı lebend, Konfli	kte, Pflege oder			oziale leolation
	erigkeiten bei der Bewältigung v			rraemociastung,	mangemaes ociosi	imanagement, s	oziaic isolation,
							cter
						uiche ^s	Muzz
					Vet	_{bin} dliches	
					•		
	ofaktoren oder Gefährdu	ng durch					
	Bewegungsmangel Fehlhaltung	Übergewicht		Intergewicht	Me	dikamente	Nikotin
	Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)						
III. Angab	en zur Rehabilitation	sfähigkeit					
Der/die Pat	ient/in verfügt über ausre	ichende physiso	che und psv	chische Bela	astbarkeit	ja	nein
						,	
Ausferti	igung für die Krankenkass	se					reter 61 Tell Co (4 0000)

Na	me, Vorname des Versicherten Freigabe 07.11.2019	Kostenträgerkennung	Versicherte	n-Nr.		61 Teil C
G.	Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der	kein	e Beein-	Einschrän- kungen	personelle	nicht durchführbar
	Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	tracii	tigungen	Kungen	Hilfe nötig	durchumbar
	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. täglic Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umge					
	Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen s 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 auf	fbauen				
	und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)					
	Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftig Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich be- können)	•				
	Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Geleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	emeinschafts-				
н.	Lebensumstände/Kontextfaktoren					
	1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbe (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwier Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)	lebend, Konflikte,	Pflege oder To	angelndes Selbsti	management, so	
						Muster
				Ve _t	_{pindliches}	
	2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch Bewegungsmangel Fehlhaltung Übergewicht	Unte	rgewicht	Med	likamente	Nikotin
	Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)					
Ш	Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit					
De	r/die Patient/in verfügt über ausreichende physiscl	he und psychis	sche Belas	tbarkeit	ja	nein
	Ausfertigung für den Vertragsarzt				Mus	ster 61 Teil Cb (4.2020)

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



Na	me, Vorname des Versicherten	eigabe 07.	11.2019	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil D
L						
IV	Rehabilitationsziele					
A.	Rehabilitationsziele in Be	zug auf die ob	oen genann	ten Schädigunge	en und Beeinträch	tigungen
R	Rehabilitationsziele aus S	icht der Patie	ntin / des P	Patienten sofern	ARWEICHEND vo	n den zuvor genannten
		ioni doi i duo	, 4001	audition, coroni		n don zave. genammen
V.	Rehabilitationsprogn	ose				
	ter Berücksichtigung des bis e positive Prognose für die					gsfähigen Ressourcen besteht
		t, hinsichtlich (2 enen Zeit, aktuelle				
		sireir zeit, aktaene	or World attorism	<u> </u>		
VI	. Zuweisungsempfehl	ungen				
	Empfohlene Rehabilitation					
	ambulant	ambular	nt-mobil	station	är	
	Mütter-Leistung	Väter-Le	eistung	als Mu	tter-Kind-Leistung	als Vater-Kind-Leistung
В.	Inhaltliche Schwerpunkte	/Indikationen	(z.B. orthopädi	isch, kardiologisch, g	eriatrisch, Kinder-Juge	nd)
C.	sprachbehinderte Menschen, klin	• •		•	•	it auch für körper-, seh-, hör- oder achliche Betreuung, besondere
	Therapieformen) pflegende/r Angehörige/r	andere				
VI	I. Sonstige Angaben	andere				
	e beantragte Leistung ist v	or Ablauf der	gesetzliche	en Wartefrist vor	n 4 Jahren medizin	isch notwendig aufgrund
	neuer Indikation	Verschlimm	erung bei gl	eicher Indikation		
	Die zeitweise Entlastung	g und Distanzi	ierung vom	sozialen Umfeld	l ist nötig	
	Im Falle einer ambulante	en Rehabilitat	ion ist die h	näusliche V ersor	gung gesichert	
Re	isefähigkeit öffentliche					
	Verkehrsmittel	PKW erford	erlich	Begleitpe	erson erforderlich	
Ve	rsorgung der/des Pflegebe	_			-	flegenden Angehörigen
	Mitaufnahme der/des Pfle (sofern medizinische Gründe d. Koordination der Versorgu					
	durch Krankenkasse/Pflec	gekasse gewün	scht		on Emmonitaring	
So	nstiges (z. B. besondere Hinwei	se zur Reisefähig	keit, Schwang	erschaft) / Rückru	f erbeten unter	
_						
_						auster
						Verbindliches Muster
F	ür das Ausstellen der ärztlich	ien		Datu	m	Ae _{LD}
	erordnung (Teil B-D) t die Nr. 01611 EBM berechi	nungsfähig		T	ГММ Ј Ј	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
	Ausfertigung für den Ver			<u> </u>		Muster 61 Teil Db (4.2020)

kenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 01.09.2014	verordnung spezialisierter 63
, Vorname des Versicherten geb. am	ambulanter Palliativversorgung (SAPV) Erst- verordnung Folge- verordnung
nträgerkennung Versicherten-Nr. Status	Unfall Unfallfolgen
bsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	vom TTMMJJ bis TTMMJJ
Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10;	ggf. Organmanifestationen)
Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreit	tend und weit fortgeschritten.
Komplexes Symptomgeschehen	ausgeprägte Schmerzsymptomatik
ausgeprägte urogenitale Symptomatik	ausgeprägte respiratorische / ausgeprägte gastrointestinale kardiale Symptomatik Symptomatik
ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore	ausgeprägte neurologische / sonstiges komplexes symptomatik Symptomgeschehen
Beratung a. des behandelnd b. der behandelnd c. des Patienten /	en Pflegefachkraft
mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenst	and, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)
Teilversorgung Verso	ändige rgung
Nähere Angaben zu den notwendigen Maßn	ahmen der SAPV
	Verbindliches Muster
	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Antrag des Versicherten

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

Datum							
T	T	M	M	J	J		

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.	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 Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel	TMMJJ bis TTMMJJ erbracht.
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel	
Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	
Ansprechpartner (Name)	
Telefonnummer	
Fax-Nummer	
E-Mail Date	T M J J Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers
Genehmigung der Krankenkasse	
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereir entsprechend der Verordnung übernommen in folgendem Umfang übernommen	ıbarten Sätzen
Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflicht Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureich	ung. sein, so ist rechtzeitig vor Ablauf des genehmigten
Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht Name, Vorname des Versicherten	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Freigabe 01.09.2014
Versichertennummer Geburtsdatum Date	Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

kasse bzw. Kostenträ	Freigabe 01.09.201	verordnung spezialisier	
orname des Versiche	rten	ambulanter Palliativvers	sorgung (SAPV)
	geb. am	Erst- Folgoverordnung veror	e- rdnung
ägerkennung	Versicherten-Nr. Status	Unfall Unfallfolgen	
stätten-Nr.	Arzt-Nr. Datum	vom TTMMJJbis T	TMMJJ
Vorordnungg	relevante Diagnose(n) (ICD-10;	agf Organizationan)	
verorandings	relevance biagnose(ii) (ICD-10,	ggi. Organina mestanonen	
Die Kuenlaheit			
Die Krankneit	ist nicht heilbar, sie ist fortschrei	tena una weit fortgeschritten.	
Komplexes §	Symptomgeschehen	ausgeprägte Schmerzsymptomatik	
ausgepr	ägte urogenitale	ausgeprägte respiratorische /	ausgeprägte gastrointestina
Sympto ausgepr	ägte ulzerierende /	kardiale Symptomatik ausgeprägte neurologische /	Symptomatik sonstiges komplexes
exulzerie	erende Wunden oder Tumore	psychiatrische / psychische Symptomatik	Symptomgeschehen
Nähere Besch	hreibung des komplexen Sympt	omgeschehens und des besonderen Versorg gung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre S	gungsbedarfs zur Begründung, Schmerzen, Ruhedysphoe /
Folgende Ma	ßnahmen sind notwendig		
Beratun	g a. des behandelno	len Arztes Koor	dination der Palliativversorgung
	b. der behandelnd	en Pflegefachkraft	
	c. des Patienten /	der Angehörigen	
mit folgender	inhaltlicher Ausrichtung (Gegens	tand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige	
	unterstützende Vollst	ändige	
Teilverso	ben zu den notwendigen Maßr	rgung ahmen der SAPV	
Hunere Ange	Son 24 don notwendigen Mabi	uninon der OAF V	
			104
			Verbindliches Muster
			verbindlich
			•
			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer

Symptomatik kardiale Symptomatik Symptomatik Symptomatik sonstiges kor	PV)
Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) Werordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) Werordnungsrelevante 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 ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
### Polge-verordnung Unfall	
wom TTMMJJ bis TTMMJJ 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 ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
stätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 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 usgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
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 vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik ausgeprägte vangenitale Symptomatik	
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 ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten. Komplexes Symptomgeschehen ausgeprägte Schmerzsymptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten. Komplexes Symptomgeschehen ausgeprägte Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Komplexes Symptomgeschehen ausgeprägte Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Komplexes Symptomgeschehen ausgeprägte Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Komplexes Symptomgeschehen ausgeprägte Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Komplexes Symptomgeschehen ausgeprägte Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale ausgeprägte respiratorische / symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Schmerzsymptomatik ausgeprägte urogenitale ausgeprägte respiratorische / ausgeprägte Symptomatik Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
Symptomatik kardiale Symptomatik Symptomatik ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	
ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kor	gastrointestina
ausgeprägte ulzerierende / ausgeprägte neurologische / sonstiges kol	
exulzerierende Wunden oder Tumore psychiatrische / psychische Symptomatik Symptomges	mplexes schehen
Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Beg	
Folgende Maßnahmen sind notwendig	
Beratung a. des behandelnden Arztes Koordination der Palliativo	versorauna
b. der behandelnden Pflegefachkraft	ro.co.gag
c. des Patienten / der Angehörigen	
mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)	
Additiv unterstützende Vollständige	
Teilversorgung	
Teilversorgung Versorgung Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV	
Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV	a uster
Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV	es Muster
Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV	_{≥s} Muster
Teilversorgung	₂ s Muster

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer – der Abrechnung beizufügen

enkasse bzw. Kostenträger	Freigabe 01.09.2014	Verordnung spezialisier	
Vorname des Versicherten		ambulanter Palliativver	sorgung (SAPV)
	geb. am	Erst- Folg vero	e- rdnung
nträgerkennung Versicherten-	Nr. Status	Unfall Unfallfolgen	
esstätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum	vom TTMMJJbis T	TMMJJ
Verordnungsrelevant	te Diagnose(n) (ICD-10; go	gf. Organmanifestationen)	
Die Krankheit ist nicht	heilbar, sie ist fortschreite	nd und weit fortgeschritten.	
Komplexes Sympton		ausgeprägte Schmerzsymptomatik	
ausgeprägte uro Symptomatik		ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
ausgeprägte ulze exulzerierende W	erierende / 'unden oder Tumore	ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	sonstiges komplexes Symptomgeschehen
Folgende Maßnahme	en sind notwendig		
Beratung	a. des behandelnde	n Arztes Kool	rdination der Palliativversorgung
	b. der behandelnder		
	c. des Patienten / d		
mit folgender inhaltlich	her Ausrichtung (Gegensta	nd, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)
Additiv unterstüt Teilversorgung	zende Vollstär Versorg den notwendigen Maßna	gung	
Manere Angaben zu	den notwendigen Mabna	nmen der SAPV	
			.c. Muster
			Verbindliches Muster
			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

	Erojaa	ho 20 02 2019
Krankenkasse bzw. Kostentr	äger Freiga	be 29.03.2018
Name, Vorname des Versich	erten	•
Verbind	erten Nust ^e	geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

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

64 Teil A

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

(Des	rsorgerelevante Gesundheits schwerden, die in absehbarer Zeit z		ISIKOIAKIOIEII	
Voi	rsorgerelevante Erkrankung	en in der Reihenfolge ihrer E	3edeutung	Diagnoseschlü ICD-10-
E				
. Vo	orsorgebedürftigkeit			
Ku	rze Angaben zur Anamnese			
_				
(bei	rübergehende Beeinträchtig ispielsweise Entscheidungen treffen ısliches Leben organisieren, Familiei	, mit Stress umgehen, auf die eigen	e Gesundheit und Ernährung a	chten, Hausarbeiten erledigen,
(bei	ispielsweise Entscheidungen treffen	, mit Stress umgehen, auf die eigen	e Gesundheit und Ernährung a	chten, Hausarbeiten erledigen,
(bei	ispielsweise Entscheidungen treffen	, mit Stress umgehen, auf die eigen	e Gesundheit und Ernährung a	chten, Hausarbeiten erledigen,
(bei	ispielsweise Entscheidungen treffen Isliches Leben organisieren, Familiei	, mit Stress umgehen, auf die eigen n-/soziale Beziehungen pflegen, ein	e Gesundheit und Ernährung a er Beschäftigung sowie eigenei	chten, Hausarbeiten erledigen, n Interessen und Hobbies nachgehen)
(bei	ispielsweise Entscheidungen treffen Isliches Leben organisieren, Familien Intextfaktoren, die für die mi	, mit Stress umgehen, auf die eigen n-/soziale Beziehungen pflegen, ein ütter-/väterspezifische Probl	e Gesundheit und Ernährung a er Beschäftigung sowie eigenei	chten, Hausarbeiten erledigen, n Interessen und Hobbies nachgehen) t sind
(bei	ispielsweise Entscheidungen treffen isliches Leben organisieren, Familien intextfaktoren, die für die mi Mehrfachbelastung	n, mit Stress umgehen, auf die eigen n-/soziale Beziehungen pflegen, ein ütter-/väterspezifische Probl	ee Gesundheit und Ernährung al er Beschäftigung sowie eigenei lemkonstellation relevant Tod des Partners/	t sind beeinträchtigte Mutter-/Va Kind Beziehung Überforderungssituation a
(bei	Intextfaktoren, die für die mit Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung Erziehungs-schwierigkeiten	ütter-/väterspezifische Probl fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner Pflege von Familienangehörigen	lemkonstellation relevant Tod des Partners/ naher Angehöriger Teenager-	t sind beeinträchtigte Mutter-/Va Kind Beziehung Überforderungssituation a Arbeitsplatz/in der Schule sprachliche Verständigung schwierigkeiten
(bei	ispielsweise Entscheidungen treffen isliches Leben organisieren, Familier intextfaktoren, die für die mit Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung Erziehungs-schwierigkeiten Schwierigkeiten bei der Pro (Alltagsprobleme)	itter-/väterspezifische Probleme/ fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner Pflege von Familienangehörigen blembewältigung	lemkonstellation relevant Tod des Partners/ naher Angehöriger Teenager- schwangerschaft	t sind beeinträchtigte Mutter-/Va Kind Beziehung Überforderungssituation a Arbeitsplatz/in der Schule sprachliche Verständigung schwierigkeiten besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeit
(bei	Intextfaktoren, die für die mit Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung Erziehungs-schwierigkeiten bei der Pro (Alltagsprobleme) mangelnde Grundkompeter mit den Aufgaben einer Mutispielichen selben von den Aufgaben einer Mutispieliches Leben vor gehaben.	itter-/väterspezifische Problembewältigung Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner Pflege von Familienangehörigen blembewältigung partner Zusammenhang tter/eines Vaters	lemkonstellation relevant Tod des Partners/ naher Angehöriger Teenager- schwangerschaft soziale Isolation	t sind beeinträchtigte Mutter-/Va Kind Beziehung Überforderungssituation a Arbeitsplatz/in der Schule sprachliche Verständigung schwierigkeiten besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeite Arbeitslosigkeit
(bei	Intextfaktoren, die für die mit Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung Erziehungs-schwierigkeiten bei der Pro (Alltagsprobleme) mangelnde Grundkompeter mit den Aufgaben einer Mutarischen Mutarische	itter-/väterspezifische Probl fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner Pflege von Familienangehörigen blembewältigung nzen im Zusammenhang tter/eines Vaters id durch häufig oder tensauffällige oder behinderte	lemkonstellation relevant Tod des Partners/ naher Angehöriger Teenager- schwangerschaft soziale Isolation finanzielle Sorgen ständiger Zeitdruck	t sind beeinträchtigte Mutter-/Va Kind Beziehung Überforderungssituation a Arbeitsplatz/in der Schule sprachliche Verständigung schwierigkeiten besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeit drohender Arbeitsplatzver

Krankenkasse bzw. Koste	enträger Fi	Freigabe 29.03.2018		
7. u.m.o.m.asso 22m 10sts	and age.			
Name, Vorname des Vers	icherten	.teľ		
	was N	lusio.	geb. am	
Verbir	ndliches N			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr		Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Date	um	

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

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

64 Teil A

ı.	Vorsorgerelevante Gesund	heitsstörungen/Erkrank	kungen	
A.	Vorsorgerelevante Gesundheitss (Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu d		kofaktoren	
В.	Vorsorgerelevante Erkrankunger	n in der Reihenfolge ihrer Be	deutung	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
II.	Vorsorgebedürftigkeit			
A.	Kurze Angaben zur Anamnese			
В.	Vorübergehende Beeinträchtigut (beispielsweise Entscheidungen treffen, r. häusliches Leben organisieren, Familien-	nit Stress umgehen, auf die eigene (Gesundheit und Ernährung ach	ten, Hausarbeiten erledigen,
C.	Kontextfaktoren, die für die müt	ter-/väterspezifische Proble	nkonstellation 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 Verständigungs- schwierigkeiten
	Schwierigkeiten bei der Probl (Alltagsprobleme)	embewältigung	finanzielle Sorgen	besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeiten
	mangelnde Grundkompetenzomit den Aufgaben einer Mutte		ständiger Zeitdruck	drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit
	erhöhter Betreuungsaufwand chronisch erkrankte, verhalter Kinder, frühgeborene Kinder,	nsauffällige oder behinderte	allein erziehend	nicht gleichberechtigte Stellun der Frau / des Mannes in der Familie
	andere Kontextfaktoren; ggf. nähe	re Erläuterungen		
	Ausfertigung für den Arzt			

Muster 64 Ab (10.2018)

	Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	64 Teil B
Ш	. Krankenbehandlung und andere Maßna	hmen		
A.	Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interv	entionen einschließl	ich Arzneimittel-/Heiln	nitteltherapie
	Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels	s nicht ausreichend / ı	nicht zielführend	
B.	Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulur Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Reg		t/Funktionstraining, Wahrnel	hmung von Beratungs- und
IV	. Vorsorgeziele			
	Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesur	ndheitsstörungen/Er	krankungen, Kontext-	und Risikofaktoren
	Zuweisungsempfehlungen	una filiu Militan a dan N	Jätan maah S 04 SOR W	. ala
A.	Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorson Mütter-Leistung Väter-Leistur		utter-Kind-Leistung	Vater-Kind-Leistung
	Water Edistang	ig ivi		
В.	Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen wer			Belastete Psychosoziale Mutter-/ /ater-Kind- Psychosoziale Gründe/ Betreuung
	Name des Kindes	Geburtsdatum	notwendigkeit*	Beziehung notwendiğ
1.				
2.				
3.	Das "Ärztliche Attest Kind" (Muster 65) nur ausfüllen bei Beha Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kind		ronischer Erkrankung, Behin	derung oder bei psychischen
V	Sonstige Angaben	ici ai zij		
A.	Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barri spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung,	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
	ja, folgende			
В.	Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen War	tefrist von 4 Jahren	dringend medizinisch	notwendia
	ja, Erläuterung			
_	Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, gg	rf varliaganda Sahwangar	mahaft)	
Ο.	Sonstiges (2. b. besondere minweise zur neiseranigkeit, gg	n. vornegende Schwanger	scharty	
				Freigabe 29.03.2018
D.	Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer			bes Muster
				_{rbindliches} Mus ^{ter}
	ür das Ausstellen der ärztlichen Verordnung st die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig	Ausste	llungsdatum	
	A (); (;); (;)		Vertra	gsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

	Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	64 Teil B
III	. Krankenbehandlung und andere Maßna	hmen		
	Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interv		ich Arzneimittel-/Heilı	mitteltherapie
	Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels	s nicht ausreichend / ı	nicht zielführend	
В.	Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulur Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Re		t/Funktionstraining, Wahrne	hmung von Beratungs- und
IV	. Vorsorgeziele			
	Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesur	ndheitsstörungen/Er	krankungen, Kontext-	und Risikofaktoren
	Zuweisungsempfehlungen	and Constitution of the N	/"t	/ - la
A.	Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorson Mütter-Leistung Väter-Leistur		vater nach § 24 SGB v	
	ividiter-Leistung vater-Leistung	ig ivi	utter-Kind-Leistung	Vater-Kind-Leistung
В.	Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen were	den sollen	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungs-	Belastete Psychosoziale Mutter-/ Gründe/ Vater-Kind- Betreuung
	Name des Kindes	Geburtsdatum	notwendigkeit*	Beziehung notwendig
1.				
2.			J	
3. *	Das "Ärztliche Attest Kind" (Muster 65) nur ausfüllen bei Beha		ronischer Erkrankung, Behii	nderung oder bei psychischen
V	Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kindel. Sonstige Angaben	derarzt)		
	Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barri			
	ja, folgende			imenae Kinaerj
_				
В.	Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen War		_	notwendig
	ja, Erläuterung			
C.	Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, gg	f. vorliegende Schwanger	schaft)	
				Freigabe 29.03.2018
D.	Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer			Muster
				erbindliches Muster
	ür das Ausstellen der ärztlichen Verordnung st die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig	Ausste	Ilungsdatum	5) -
	are Nr. 01024 EDIVI Defectificingsfallig	TT	MMJJ	agsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Name, Vorname des Versicherten

Ausfertigung für den Arzt

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung

Ausfertigung für die Krankenkasse

ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ärztliches Attest Kind

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

65

ı.	Kurze Angaben zur Anamnese		
II.	Vorliegende Gesundheitsprobleme		
A.	Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z.B. Atem Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)	vegsinfekte über d	las alterstypische
			B: 11" 1
В.	Erkrankungen		Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
C.	Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)		
Ш	Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen		
IV.	Empfohlene Interventionen während der Maßnahme		
V.	Hinweise für die Zuweisung		
Α.	Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)		
	ja, folgende		
			iches Muster
		, crhindl	Iches
-		Aere	

Ausstellungsdatum

Muster 65a (10.2018)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Freigabe 29.03.2018 Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Versicherten-Nr. Status Kostenträgerkennung Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Ärztliches Attest Kind

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.	P. Atamusagainfakta ühar das altaratusisaha
Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)	b. Atenwegsiniekte über das alterstypische
	Diagnoseschlüsse
B. Erkrankungen	ICD-10-GM
C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)	
III D'alan's a Karalanda la alan alan Mada da an	
III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen	
IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme	
TVI Emplomente interventionen wantena der matzhanine	
V. Hinweise für die Zuweisung	
A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besonder	e
Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)	
ja, folgende	
	Verbindliches Muster
	whee Must
	. Lorbindlich
Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung	Ae, -

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 65b (10.2018)

Ausstellungsdatum

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung

Ausfertigung für den Arzt

ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

			Freiga	lbe 01.09.2014	1	Da	مري الم مرم ما	a a la la			70
	ise bzw. Kostentr ame des Versich			geb. am		für I sow	ie der "Richt	zur künstlic Ilinien über	chen Befruchtung künstliche Befru	g gemäß § 27a SGB V uchtung" des hier genannten Ehegat	70 ten
Kostenträge	erkennung	Versichert	en-Nr	Status	ı		ikation(en	•	er Richtlinien übe	r künstliche Befruchtun	a
	g	 		1		gem	ab Nammern	11.1-11.5 u	er riichtiinien abe	r kanstilene behachtan	9
Betriebsstät	tten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum							
Das folgend	e Personalfeld i	st an diese	er Stelle nicht h	edruckbar. Bitte von Hand							
ausfüllen od	ler Personalfeld	aufkleber v		ch auf dem Durchschlag).		0	alasaka Dal		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Krankenkas	se bzw. Kostentr	äger			II	Ge	piante bei	iandiung	ısmaßnahme		
Name, Vorn	ame des Versich	erten					Insemination	n im Sponta	ınzyklus (gemäß N	Nr. 10.1)	
				geb. am			Insemination	n nach horm	noneller Stimulatio	on (gemäß Nr. 10.2)	
							In-Vitro-Fert	ilisation mit	Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)	
Kostenträge	erkennung	Versichert	en-Nr	Status			Intratubarer-	Gameten-T	ransfer (gemäß Ni	r. 10.4)	
Rostoniage	Sincillaring		OH TVI.				Intracytopla	smatische S	Spermieninjektion	(gemäß Nr. 10.5)	
Betriebsstät	tten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum			ahl und Art be				
						Beha	andlungen (g	emäß Nr. 10).1-10.5)		
a la a a a a a a a a a a a a a a a a a	Auflistung de	einmali Leistun ehandlui tliche und den- o) nme im	onen ggf. a g im Repro gen	uf separatem Beibla oduktionsfall		Kost Reprinted Arztil Summer Summer Med kost (Euror Saches Spreed Saches Spreed Saches Spreed Saches Spreed Saches	me Ärztliche andlung o) ikamenten-en o) nkosten und echstunden-arf (Euro) amtsumme Zyklusfall	ind als durch sfall (ohne I anfallende	nschnittliche Koster einmalig im e Leistungen)	tischen Einzelfallerfordern nspanne in Euro anzugebe	en.
[\ C E C	Vorbehandlun die Anzahl de Bei einer Gen der 3. IVF- od einem von 2 gefunden hat.	weils zulä gen sind r genehm ehmigund er ICSI-Z Behandlu Bei Inse	e(n) issige Höchs zu berücksinigten Zykler g für 3 IVF- gyklus unter o ingszyklen e minationen in	stzahl anzurechnenden chtigen und verringern h. oder ICSI-Zyklen steht dem Vorbehalt, dass in ine Befruchtung statt- m Spontanzyklus kann			naximal nicht gener (separate Beanbei)	Zyklen/Z	Zyklus genehmigt Datum		
6 (E r v 6	erteilt werden Nach § 27a § inklusive Me Eigenanteil de nung der Ges vertraglich verst nach Bee Bei Änderung I) sowie späi	GGB V sindikamentes Patier amtkostereinbarter endigung der Behatestens r	nd 50% der tenkosten, s nten. Eine a en kann – u. n Punktwerte der Behandl andlungsme nach Ablauf	entstehenden Kosten siehe Abschnitt III b) bschließende Berecha. in Abhängigkeit des es in Cent bzw. Euro – ung erfolgen. thode (siehe Abschnitt eines Jahres seit der Illungsplan vorzulegen.		für n	naximal nicht gener (separate Be	ımigt	Zyklus genehmigt	Stempel und Unterschrift der Kranke auch auf dem Durchsch	hlag
		ch Genel		m Verbleib beim		Ort			Datum T T M M J J	Stempel und Unterschrift der Kranke auch auf dem Durchsch	enkasse,

Muster 70 a (10.2014)

	Freigabe 01.09.2014	1	Dahandlum	a a la a		70
Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten	geb. am	_	sowie der "Richt	zur künstliche tlinien über kü	instliche Befru	70 gemäß § 27a SGB V chtung" des ier genannten Ehegatten
Kostenträgerkennung Versicherten	-Nr. Status	I	Indikation(en		Richtlinien über	künstliche Befruchtung
			germen			
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum					
Das folgende Personalfeld ist an dieser S						
ausfüllen oder Personalfeldaufkleber ver Krankenkasse bzw. Kostenträger	wenaen.	Ш	Geplante Bel	handlungsr	maßnahme	
Name, Vorname des Versicherten			Insemination	n im Spontanz	yklus (gemäß N	r. 10.1)
	geb. am					n (gemäß Nr. 10.2)
			In-Vitro-Fert	tilisation mit Er	mbryotransfer (g	gemäß Nr. 10.3)
					nsfer (gemäß Nr.	
Kostenträgerkennung Versicherten	-Nr. Status					, (gemäß Nr. 10.5)
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum		Anzahl und Art be			
			Behandlungen (g			
a Kosten für einmalig anfallende Leistunge Ärztliche Behandlung Summe Ärztliche Behandlung (Euro) Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro) Gesamtsumme für einmalig im		b b	Kosten pro Zyklu Reproduktionsfal Ärztliche Behandl Q Summe Ärztliche Behandlung (Euro) Medikamentenkosten (Euro) Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro) Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	ısfall (ohne ein Il anfallende Lo	imalig im eistungen)	Spanne in Euro anzugeben. Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Vorbehandlungen sind zu die Anzahl der genehmig Bei einer Genehmigung der 3. IVF- oder ICSI-Zykeinem von 2 Behandlung gefunden hat. Bei Insemi die Genehmigung für bierteilt werden. Nach § 27a SGB V sind (inklusive Medikamenter Eigenanteil des Patiente nung der Gesamtkosten vertraglich vereinbarten erst nach Beendigung der Behan II) sowie spätestens nach	(n) sige Höchstzahl anzurechnenden u berücksichtigen und verringern yten Zyklen. für 3 IVF- oder ICSI-Zyklen steht klus unter dem Vorbehalt, dass in gszyklen eine Befruchtung statt- inationen im Spontanzyklus kann s zu 8 in Folge geplante Zyklen I 50% der entstehenden Kosten nkosten, siehe Abschnitt III b) en. Eine abschließende Berech- kann – u. a. in Abhängigkeit des Punktwertes in Cent bzw. Euro –		per Behandlungs für maximal nicht genet (separate Be anbei) Ort für maximal nicht genet (separate Be anbei)	Zyklen/Zyk nmigt egründung Di Zyklen/Zyk	atum Alus genehmigt	Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag Verbindliches Muster
	Kassenärztliche Vereinigung		Ort	D:	atum	Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

Muster 70b (10.2014)

Krankenkasse bzw. Kostenträger	14	Folge-Behandlungsplan	70A
Name, Vorname des Versicherten geb. am		zum Behandlungsplan vom TITMMJJJ für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß sowie der "Richtlinien über künstliche Befruchtung" Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier gena	des
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	-	Indikation(en) gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstlic	he Befruchtung
Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar. Bitte von i			
ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden (auch auf dem Durchschl Krankenkasse bzw. Kostenträger	ag).	I Geplante Behandlungsmaßnahme	
Name, Vorname des Versicherten		Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)	
geb. am		Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß	3 Nr. 10.2)
		In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß N	,
		Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß N	Nr 10 5)
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		Anzahl und Art bereits ohne Eintritt einer klinisch nachg	
		Schwangerschaft erfolgter Behand- lungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)	
	b	Reproduktionsfall anfallende Leistungen) Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen) Summe Ärztliche Behandlung (Euro) Medikamentenkosten (Euro) Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro) Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	
IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n) Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechner Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verring die Anzahl der genehmigten Zyklen. Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Geneigung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen schließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klin nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat. Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Ko	gern hmi- (ein- nisch die		l Unterschrift der Krankenkasse, uf dem Durchschlag
(inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt II Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Bernung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euerst nach Beendigung der Behandlung erfolgen. Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Geneigung sowie bei Änderung der Behandlungsmethodein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen. Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt	ech- des uro –	Ort Datum	I Unterschrift der Krankenkasse,

Muster 70Aa (10.2014)

Krankenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 01.09.2014	կ	Folge-Behandlungsplan 70A
Name, Vorname des Versicherten geb. am		zum Behandlungsplan vom TITMMJJJ für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der "Richtlinien über künstliche Befruchtung" des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten Indikation(en)
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		
Doe folgonde Devenuelfeld int on discov Challe wight bedweelden Ditte von Ham		
Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar. Bitte von Ham ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden (auch auf dem Durchschlag).		
Krankenkasse bzw. Kostenträger	II	Geplante Behandlungsmaßnahme
Name, Vorname des Versicherten		Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)
geb. am		Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)
geb. am		
		In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)
		Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		Anzahl und Art bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft erfolgter Behand-
		lungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)
		glichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. ostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben. Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen) Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen) Summe Ärztliche Behandlung (Euro) Medikamenten-kosten (Euro) Sachkosten und Sprechstunden-bedarf (Euro) Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n) Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnende Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringer die Anzahl der genehmigten Zyklen. Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Genehm gung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen (ein schließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klinisc nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, di jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat.	i- n- h ie	Der Behandlungs-/Kostenplan wird für maximal Zyklen/Zyklus genehmigt nicht genehmigt (separate Begründung anbei) Ort Datum Stempel und Unterschrift der Krankenkasse,
Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Koste (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III begenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit de vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen. Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehm gung sowie bei Änderung der Behandlungsmethode is ein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen.	o) n- es - i- st	für maximal Zyklen/Zyklus genehmigt nicht genehmigt (separate Begründung anbei) Ort Datum auch auf dem Durchschlag auch auf dem Durchschlag
Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigung		Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag Muster 70Ab (10.2014)

Krankenkasse		
Name		
Vorname		Geburtsdatum
Anschrift		TTMMJJ
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status

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

		Qu	artai	
gültig für	Q	J	J	

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





Weiterleitungsbogen für angeforderte Befunde an den MDK

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

Г	Freigabe 01.12.2016	Aktenzeichen Mitteilungsmanagement (MiMa)
Deutsche Post 🗶 ANTWORT		Krankenkasse Name der Krankenkasse
		Straße
		PLZ Ort
1	ı	Leistungsbereich
		Ansprechpartner Krankenkasse Vorname, Name
		Telefon
		Fax
		E-Mail
Sehr geehrte Damen und Hernanliegend übermitteln wir Ihne	ren, en die für den Versicherten von der Kranke	nkasse angeforderten Befunde in Kopie.
Daten des Versicherten		
Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße		
PLZ Ort KV-Nummer		
Aktenzeichen Krankenkasse		
Daten des Arztes/Leistungser	rbringers	
Daten des Arztes/Leistungser	rbringers	
Daten des Arztes/Leistungser Name, Vorname / Firma Straße	rbringers	
Daten des Arztes/Leistungser Name, Vorname / Firma Straße PLZ Ort	rbringers	
Daten des Arztes/Leistungser Name, Vorname / Firma Straße PLZ Ort Arzt-Nummer (LANR)	rbringers	
Daten des Arztes/Leistungser Name, Vorname / Firma Straße PLZ Ort	rbringers	