

Bei verspäteter Vorlage droht Krankengeldverlust!

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

Ausfertigung zur Vorlage
bei der Krankenkasse

Erstbescheinigung Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich

festgestellt am

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Diagnose

- sonstiger Unfall, Unfallfolgen
- Versorgungsleiden (BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen durch die Krankenkasse für erforderlich gehalten (z. B. Badekur, Heilverfahren, MDK)

für Zwecke der Krankenkasse

Freigabe 06.02.2009

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

**Ausfertigung zur Vorlage
beim Arbeitgeber**

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

Bitte sofort dem Arbeitgeber vorlegen!

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

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

festgestellt am

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Ausfertigung zum Verbleib
beim Arzt

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

festgestellt am

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Diagnose _____

sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

Versorgungsleiden (BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen
durch die Krankenkasse für erforderlich gehalten
(z. B. Badekur, Heilverfahren, MDK)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Diagnose

Verordnung von Krankenhausbehandlung

2

(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Belegarzt-
behandlung

Notfall

Unfall,
Unfallfolgen

Versorgungs-
leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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 12.03.2008

Verbindliches Muster

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Belegarzt-
behandlung

Notfall

Unfall,
Unfallfolgen

Versorgungs-
leiden (BVG)

Nächstreichbare, geeignete Krankenhäuser

Diagnose

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!

Untersuchungsergebnisse

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)

Mitgegebene Befunde

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

Belegarzt-
behandlung
 Notfall

Unfall,
Unfallfolgen
 Versorgungs-
leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Diagnose

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

Untersuchungsergebnisse _____

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____

Mitgegebene Befunde _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

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

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

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

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

Ggf. besondere Feststellungen:

Bescheinigung über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

3

*Diese Bescheinigung darf nur innerhalb
7 Wochen vor dem mutmaßlichen Zeitpunkt
der Entbindung ausgestellt werden.*

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

| | | | |
|-----------------|---|------------------|--------|
| Gebühr frei | Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Gebühr pflicht. | Name, Vorname des Versicherten geb. am | | |
| | Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| | Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Mitteilung von Krankheiten und dritterverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

Unfall, Unfallfolgen
 Arbeitsunfall, Berufskrankheit
 Versorgungsleiden (BVG u.a.)
 sonstiger Schaden

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär
 Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

B) ambulante Operation

ambulante Operation gem. § 115b SGB V
 Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

Datum

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

Behandlungsdaten

beim Vertragsarzt
 im Krankenhaus
 sonstige

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

Hochfrequente Behandlung

gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)
 vergleichbarer Ausnahmefall wegen

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
 vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate

voraussichtliche Behandlungsdauer:

ggf. Zeitraum der Serienverordnung

2. Beförderungsmittel

Taxi, Mietwagen
 Kranken-transportwagen
 Rettungs- wagen
 Notarzt- wagen
 andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:

nein
 Trage- stuhl
 Nicht umsetzbar aus Rollstuhl
 liegend
 andere

Von Nach

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wohnung | <input type="checkbox"/> | Hinfahrt | <input type="checkbox"/> | Rückfahrt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arztpraxis | <input type="checkbox"/> | Wartezeit (Dauer): | <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krankenhaus | <input type="checkbox"/> | Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): | <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | andere Beförderungswege | <input type="checkbox"/> | | <input type="text"/> | |

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

nein
 ja, folgende:

Verbindliches Muster

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Überweisung

Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen

Diagnosen/Indikation zur Psychotherapie:

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

Information für den Arzt:

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

Ausstellungsdatum

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

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)

Ich erkläre, dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe
 dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist

Datum

Unterschrift des Versicherten

Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

in Höhe des geltenden Festbetrages

in Höhe von _____ Euro

Datum

Verbindliches Muster

Empfangsbestätigung

_____ Glas / Gläser bzw. Kontaktlinsen

Sonstiges: _____

Datum

Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)

Bescheinigung des Leistungserbringers

Die Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst.
Ich versichere, dass die gelieferte Sehhilfe der Verordnung entspricht.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Datum

Freigabe 12.03.2008

Zur Beachtung für den Versicherten

Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag.
Die **Lieferung anderer Ware** anstelle der verordneten Sehhilfen ist **nicht gestattet**.

Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)

Ich erkläre, dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe
 dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist

Datum

Unterschrift des Versicherten

Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

in Höhe des geltenden Festbetrages

in Höhe von Euro

Datum

Empfangsbestätigung

_____ vergrößernde Sehhilfen

Datum

Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)

Bescheinigung des Leistungserbringers

Die vergrößernde Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst.
Ich versichere, dass die gelieferte vergrößernde Sehhilfe der Verordnung entspricht.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Datum

Verbindliches Muster

Freigabe 12.03.2008

Zur Beachtung für den Versicherten

Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag.
Die **Lieferung anderer Ware** anstelle der verordneten vergrößernden Sehhilfen ist **nicht gestattet**.

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

Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten 9

(Diese Bescheinigung erübrigt sich bei Mehrlingsgeburten)

Bei der Entbindung hat es sich um eine Frühgeburt gehandelt:

Entbindungsdatum

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

Begründung: *

Das Geburtsgewicht beträgt **weniger als 2500 Gramm**,
nämlich Gramm

Das Geburtsgewicht beträgt 2500 Gramm oder mehr, **es besteht jedoch wesentlich erweiterte Pflegebedürftigkeit** wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen (Rumpf - Haut - Fettpolster - Nägel - Haare - äußere Geschlechtsorgane).

Das Geburtsgewicht beträgt 2500 Gramm oder mehr, **es besteht jedoch wesentlich erweiterte Pflegebedürftigkeit** wegen verfrühter Beendigung der Schwangerschaft.

* (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Freigabe 05.05.2008

Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

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

Kurativ
 Präventiv
 bei belegärztl. Behandlung

Unfall, Unfallfolgen
 Kontrolluntersuchung einer bekannten Infektion

ggf. Kennziffer

Quartal

Geschlecht

Auftragsnummer des Labors

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Auftrag (Diagnose/Verdachtsdiagnose und auch wichtige Befunde/Medikation angeben)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

| | |
|--|-------------------------------|
| Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers | Arzt-Nr. des Erstveranlassers |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

| Tag | Mon. | Tag | Mon. | Tag | Mon. |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

Vertragsarztstempel abrechnender Arzt

Verbindliches Muster

Name, Vorname des Versicherten

Verbindliches Muster

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Diagnosen

**Anforderungsschein für Laboratoriums-
untersuchungen bei Laborgemeinschaften**

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen



ggf. Kennziffer
[][][][][]

Geschlecht
 W M



Abnahmedatum

[T][T][M][M][J][J]

Abnahmezeit

[h][h][m][m]

| <input type="checkbox"/> Befund eilt | 1 | Serum Vollblut | | | | Glukose | | | |
|--|----|---|----|--|----|--|----|---|----|
| EDTA | | <input type="checkbox"/> alkalische Phosphatase | 13 | <input type="checkbox"/> Eiweiß gesamt | 26 | <input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance | 40 | <input type="checkbox"/> Glukose 1 | 51 |
| <input type="checkbox"/> großes Blutbild | 2 | | | <input type="checkbox"/> Gamma GT | 27 | | | <input type="checkbox"/> Glukose 2 | 52 |
| <input type="checkbox"/> kleines Blutbild | 3 | <input type="checkbox"/> Amylase | 14 | <input type="checkbox"/> Glukose | 28 | <input type="checkbox"/> LDH | 41 | <input type="checkbox"/> Glukose 3 | 53 |
| <input type="checkbox"/> HbA1c | 4 | <input type="checkbox"/> ASL | 15 | <input type="checkbox"/> GOT | 29 | <input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin | 42 | <input type="checkbox"/> Glukose 4 | 54 |
| <input type="checkbox"/> Retikulozyten | 5 | <input type="checkbox"/> Bilirubin direkt | 16 | <input type="checkbox"/> GPT | 30 | <input type="checkbox"/> Lipase | 43 | Urin | |
| <input type="checkbox"/> Blutsenkung | 6 | <input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt | 17 | <input type="checkbox"/> Harnsäure | 31 | <input type="checkbox"/> Natrium | 44 | <input type="checkbox"/> Status | 55 |
| <input type="checkbox"/> Diff. Blutbild (Ausstrich) | 7 | <input type="checkbox"/> Calcium | 18 | <input type="checkbox"/> Harnstoff | 32 | <input type="checkbox"/> OP-Vorbereitung (32125) | 45 | <input type="checkbox"/> Mikroalbumin | 56 |
| | | <input type="checkbox"/> Cholesterin | 19 | <input type="checkbox"/> HBDH | 33 | | | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftstest | 57 |
| Citrat | | <input type="checkbox"/> Cholinesterase | 20 | <input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin | 34 | <input type="checkbox"/> Phosphat, anorganisches | 46 | <input type="checkbox"/> Glukose | 58 |
| <input type="checkbox"/> Quick | 8 | <input type="checkbox"/> CK | 21 | <input type="checkbox"/> IgA | 35 | | | <input type="checkbox"/> Transferrin | 47 |
| <input type="checkbox"/> Quick unter Marcumar-Therapie | 9 | <input type="checkbox"/> CK-MB | 22 | <input type="checkbox"/> IgG | 36 | <input type="checkbox"/> Triglyceride | 48 | <input type="checkbox"/> Sediment | 60 |
| | | <input type="checkbox"/> CRP | 23 | <input type="checkbox"/> IgM | 37 | <input type="checkbox"/> TSH basal | 49 | | |
| <input type="checkbox"/> Thrombinzeit | 10 | <input type="checkbox"/> Eisen | 24 | <input type="checkbox"/> Kalium | 38 | <input type="checkbox"/> TSH nach TRH | 50 | | |
| <input type="checkbox"/> PTT | 11 | <input type="checkbox"/> Eiweiß Elektrophorese | 25 | <input type="checkbox"/> Kreatinin | 39 | | | <input type="checkbox"/> Sonstiges | 61 |
| <input type="checkbox"/> Fibrinogen | 12 | | | | | | | | |

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.

Bericht für den Medizinischen Dienst

Datum der letzten Untersuchung

Diagnose

Befunde

Mitbehandlung ja nein Wenn ja, in welchem Fachgebiet

Es droht eine Verschlimmerung des Leidens oder Behinderung

Besondere Hinweise

Patient/Patientin kann den Medizinischen Dienst nicht aufsuchen, weil

Eine Begutachtung ist voraussichtlich nach _____ Tagen / Wochen möglich.

Arbeitsfähig ab

Voraussichtlich arbeitsfähig ab

Röntgenbefund/Ultraschallbefund/EKG-Befund/
Laborbefund/Arzt- oder Krankenhausberichte

ist / sind mit der Bitte um Rückgabe beigelegt.

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

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

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung

Folgeverordnung

vom

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

 bis

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

 Unfall Unfallfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n)

Besonderheiten lt. Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

Anleitung zur Behandlungspflege _____ folgende Leistungen _____ Anzahl/Einsätze

Häufigkeit x tgl. / x wtl. Dauer vom bis

Blutzuckermessung _____

Dekubitusbehandlung _____

Lokalisation/Grad/Größe: _____

Injektionen: herrichten i.m. s.c. _____

Medikamentengabe: herrichten verabreichen _____

Präparate: (auch bei Injektionen): _____

Verbände: Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden _____

Anlegen von Kompressionsverbänden _____

Anlegen und Wechseln von Wundverbänden _____

Lokalisation / Wundbefund: _____

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer): _____

Grundpflege:

Anleitung zur Grundpflege _____ folgende Leistungen _____ Anzahl/Einsätze

Häufigkeit x tgl. / x wtl. Dauer vom bis

Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training) _____

Ernährung _____

Körperpflege _____

Hauswirtschaftliche Versorgung:

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom _____ bis _____

Die häusliche Krankenpflege soll erbracht werden

in meinem Haushalt

im Haushalt einer sonstigen Person

Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____ / _____

Folgende verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können von im Haushalt lebenden Personen erbracht werden:

Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person nicht erbracht werden.

Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Angaben des Pflegedienstes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)

Für die Zeit vom _____ bis _____ sollen folgende Leistungen erbracht werden:

| Leistung | Häufigkeit | Dauer |
|----------|------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst:

_____ Name des Pflegedienstes

_____ Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)

_____ Institutionskennzeichen des Pflegedienstes

_____ Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)

_____ / _____
Telefonnummer des Pflegedienstes

_____ / _____
Fax-Nr. des Pflegedienstes

_____ Datum

_____ Unterschrift des Pflegedienstes

Freigabe 12.03.2008

Verbindliches Muster

Stempel des Pflegedienstes

Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung

Folgeverordnung

vom

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

 bis

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

 Unfall Unfallsfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n)
Besonderheiten lt. Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

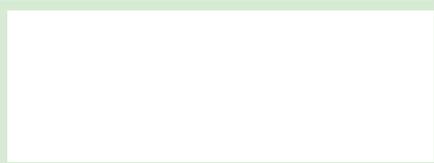
| | folgende Leistungen | Anzahl/Einsätze | |
|--|---|-------------------------------|------------------|
| | | Häufigkeit x tgl. / x wtl. | Dauer vom bis |
| <input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckermessung | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung | _____ | _____ | _____ |
| Lokalisation/Grad/Größe: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Injektionen: | <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Medikamentengabe: | <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen | _____ | _____ |
| Präparate: (auch bei Injektionen): _____ | | | |
| Verbände: | <input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden | _____ | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden | _____ | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden | _____ | _____ |
| Lokalisation / Wundbefund: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer): | _____ | _____ | _____ |

Grundpflege:

| | folgende Leistungen | Anzahl/Einsätze | |
|--|---------------------|-------------------------------|------------------|
| | | Häufigkeit x tgl. / x wtl. | Dauer vom bis |
| <input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training) | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Körperpflege | _____ | _____ | _____ |

Hauswirtschaftliche Versorgung:

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|-------|



Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für den Pflegedienst

Genehmigung der Krankenkasse

Als häusliche Krankenpflege werden nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung die Kosten vom _____ bis _____ übernommen.

in folgendem Umfang die Kosten vom _____ bis _____ übernommen:

| Maßnahmen | Häufigkeit | Dauer |
|--------------|------------|-------|
| <i>Kopie</i> | | |

Bemerkungen / Hinweise:

Die Original-Genehmigung (Teil 12c) ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die häusliche Krankenpflege über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist

- vom Vertragsarzt die Folgeverordnung **in den letzten 3 Werktagen vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums auszustellen und
- **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums der Antrag einschließlich der erneuten Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht:

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versicherten-Nr.

geb. am

Freigabe 12.03.2008

Verbindliches Muster

Datum

Unterschrift

Stempel der Krankenkasse

Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung

Folgeverordnung

vom

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

 bis

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

 Unfall Unfallsfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n)
Besonderheiten lt. Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

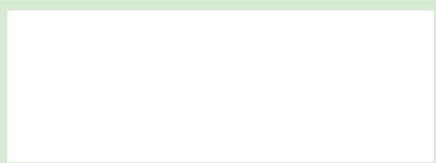
| | folgende Leistungen | Anzahl/Einsätze | |
|--|---|-------------------------------|------------------|
| | | Häufigkeit x tgl. / x wtl. | Dauer vom bis |
| <input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckermessung | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung | _____ | _____ | _____ |
| Lokalisation/Grad/Größe: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Injektionen: | <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Medikamentengabe: | <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen | _____ | _____ |
| Präparate: (auch bei Injektionen): _____ | | | |
| Verbände: | <input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden | _____ | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden | _____ | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden | _____ | _____ |
| Lokalisation / Wundbefund: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer): | _____ | _____ | _____ |

Grundpflege:

| | folgende Leistungen | Anzahl/Einsätze | |
|---|---------------------|-------------------------------|------------------|
| | | Häufigkeit x tgl. / x wtl. | Dauer vom bis |
| <input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training) | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Körperpflege | _____ | _____ | _____ |

Hauswirtschaftliche Versorgung:

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|-------|



Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Pflegedienst
– der Abrechnung beizufügen

Genehmigung der Krankenkasse

Als häusliche Krankenpflege werden nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung die Kosten vom _____ bis _____ übernommen.

in folgendem Umfang die Kosten vom _____ bis _____ übernommen:

| Maßnahmen | Häufigkeit | Dauer |
|-----------------|------------|-------|
| <i>Original</i> | | |

Bemerkungen / Hinweise:

Die Original-Genehmigung (Teil 12c) ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die häusliche Krankenpflege über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist

- vom Vertragsarzt die Folgeverordnung **in den letzten 3 Werktagen vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums auszustellen und
- **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums der Antrag einschließlich der erneuten Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht:

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versicherten-Nr.

geb. am

Freigabe 12.03.2008

Verbindliches Muster

Datum

Unterschrift

Stempel der Krankenkasse

Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung Folgeverordnung

vom

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

 bis

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

 Unfall Unfallfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n)
Besonderheiten lt. Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

| | folgende Leistungen | Anzahl/Einsätze | |
|--|---|-------------------------------|------------------|
| | | Häufigkeit x tgl. / x wtl. | Dauer vom bis |
| <input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckermessung | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung | _____ | _____ | _____ |
| Lokalisation/Grad/Größe: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Injektionen: | <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Medikamentengabe: | <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen | _____ | _____ |
| Präparate: (auch bei Injektionen): _____ | | | |
| Verbände: | <input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden | _____ | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden | _____ | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden | _____ | _____ |
| Lokalisation / Wundbefund: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer): | _____ | _____ | _____ |

Grundpflege:

| | folgende Leistungen | Anzahl/Einsätze | |
|--|---------------------|-------------------------------|------------------|
| | | Häufigkeit x tgl. / x wtl. | Dauer vom bis |
| <input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training) | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Körperpflege | _____ | _____ | _____ |

Hauswirtschaftliche Versorgung:

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|-------|

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für den Vertragsarzt

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum

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

Begründung bei Ablehnung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

| Datum | Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche) | Unterschrift des Versicherten |
|-------|---|-------------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

Behandlungsabbruch am ^{Datum}

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

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Freigabe 12.03.2008

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

| | | |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Gebührpflicht. | Krankenkasse bzw. Kostenträger | |
| Gebührfrei | Name, Vorname des Versicherten | |
| Unfall/Unfallfolgen | geb. am | |
| BVG | Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. Status |
| EWB/CH | Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. Datum |

| | | |
|----------------------------|-------------------|---------------------|
| IK des Leistungserbringers | Gesamt-Zuzahlung | Gesamt-Brutto |
| Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor | Heilmittel-Pos.-Nr. |
| Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor | Heilmittel-Pos.-Nr. |
| Wegegeld-/Pauschale | Faktor km | Hausbesuch Faktor |
| Rechnungsnummer | Hausbesuch Faktor | Hausbesuch Faktor |
| Belegnummer | | |

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Behandlungsbeginn spätest. am: **T T M M J J**

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Hausbesuch Ja Nein
 Therapiebericht Ja Nein

Stimmtherapie
 Sprechtherapie
 Sprachtherapie

Therapiedauer pro Sitzung: _____ Minuten
 Verordnungsmenge: _____
 Therapiefrequenz: _____ pro Woche

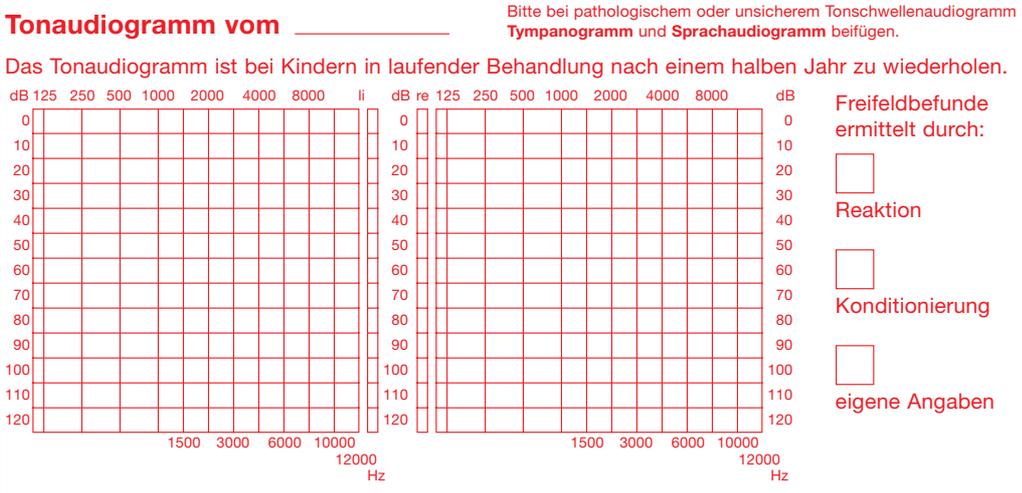
Indikationsschlüssel

Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund)

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)



Trommelfellbefund:

Rechts _____

Links _____

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)

Rechts Links Rechts Links

Lupenlaryngoskopie: _____

Lupenstroboskopie: _____

Amplitude _____

Randkantenverschiebung _____

Regularität Ja Nein

Kompletter Glottisschluss Ja Nein

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Begründung der Ablehnung: _____

Datum

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

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Therapieeinheiten erhalten zu haben

| Datum | Minuten | Unterschrift des Versicherten | Datum | Minuten | Unterschrift des Versicherten |
|-------|---------|-------------------------------|-------|---------|-------------------------------|
| 1 | | | 11 | | |
| 2 | | | 12 | | |
| 3 | | | 13 | | |
| 4 | | | 14 | | |
| 5 | | | 15 | | |
| 6 | | | 16 | | |
| 7 | | | 17 | | |
| 8 | | | 18 | | |
| 9 | | | 19 | | |
| 10 | | | 20 | | |

Datum

Behandlungsabbruch am

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

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Freigabe 12.03.2008

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____

IK des Leistungserbringers

Rechnungsnummer

Belegnummer

Der Anspruchsberechtigte war schon Träger eines Gerätes ja nein

Falls ja, warum entspricht das bisher getragene Gerät nicht mehr den Anforderungen?

Ohrbefund

Gehörgang normal operativ erweitert eng

Trommelfell intakt durchlöchert feucht

Rechts

R

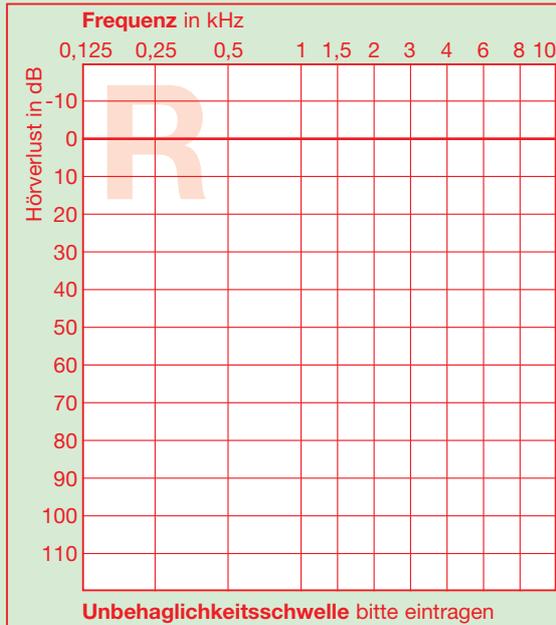
Links

L

Ohrbefund

Gehörgang normal operativ erweitert eng

Trommelfell intakt durchlöchert feucht

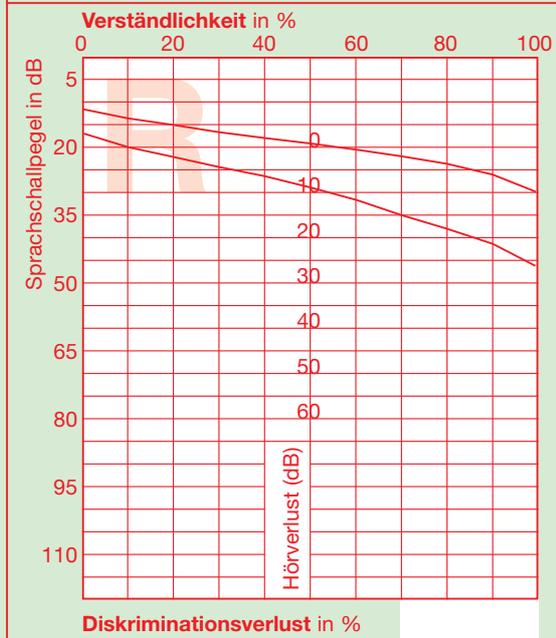
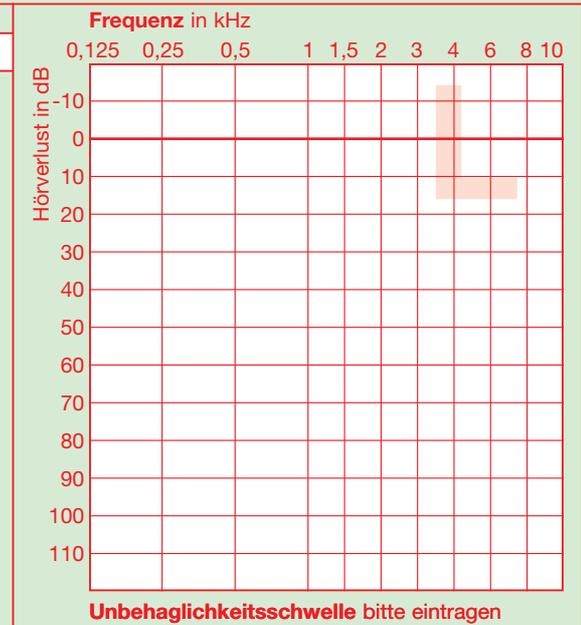


Weber bei 500 Hz

| | | |
|---|------|---|
| R | med. | L |
|---|------|---|

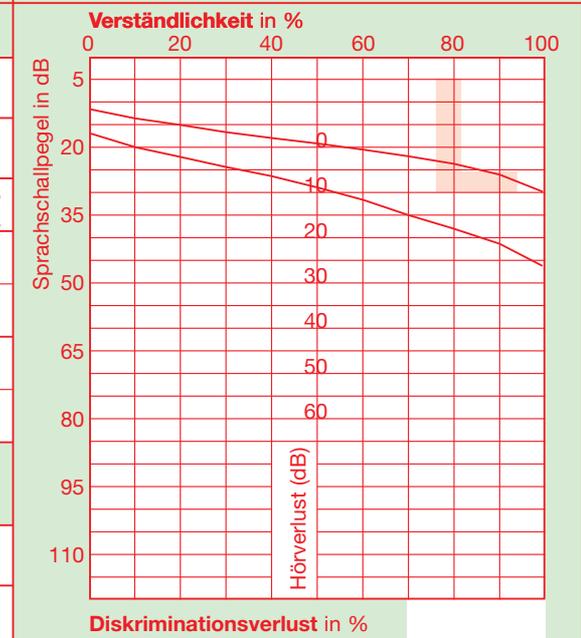
Geräusch

0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
dB



Impedanz

| | | |
|------------------------------|-------------------|------------------|
| R | Sondenohr | L |
| MO-Druck mm H ₂ O | | |
| dB HL | dB SL | Stapedius-Reflex |
| 0,5 kHz | | |
| 1 kHz | | |
| 2 kHz | | |
| 4 kHz | | |
| R | Fl. Spr. (Zahlen) | L |
| Um. Spr. (Zahlen) | | |



Diagnose

Hörhilfe ist notwendig rechts links beiderseits

Tinnitusmasker / Tinnitusinstrument notwendig

rechts kHz verdeckbar dB links kHz verdeckbar dB

Die Schwerhörigkeit ist Folge von

Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (BVG)

Die audiometrischen Untersuchungen wurden von mir bzw. unter meiner Verantwortung vorgenommen

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Wichtiger Hinweis für den Versicherten

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Hörgeräte/Tinnitusmasker/Tinnitusinstrumente bis zu einem Festbetrag

Kostenvoranschlag des Hörgeräteakustikers

Hörvermögen über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand ohne Hörgerät)

- a) mit Einsilbern _____ % oder
b) mit Mehrsilbern _____ % (entsprechend DIN 45621) oder
c) mit Sätzen _____ % (Marburger Satztest nach Niemeier)

Vergleich verschiedener Hörgeräte über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand)

| | Nr. der Gruppe | | | Fabrikat Typ | Hilfsmittelpositionsnummer | Verstanden |
|---|----------------|--------|-------|--------------|----------------------------|------------|
| | Zahlen | Wörter | Sätze | | | |
| A | | | | | | |
| B | | | | | | |
| C | | | | | | |
| D | | | | | | |

Nach den durchgeführten Hörproben schlage ich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit folgende Versorgung vor

Gerät _____ Positionsnummer _____

Begründung _____

Stempel und Unterschrift _____

Ausgestellt am _____

Gesamtpreis _____ Euro

Kostenvoranschlag für

Tinnitusmasker Tinnitusinstrument

Ausgestellt am _____

Gesamtpreis _____ Euro

Stempel und Unterschrift _____

Ärztliche Bescheinigung

Ich habe mich davon überzeugt, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird. Das vorgeschlagene Gerät ist zweckmäßig

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

Ausgestellt am _____

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes _____

Leistung der Krankenkasse

Die Krankenkasse übernimmt _____ Euro

Ausgestellt am _____

Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung

Stempel und Unterschrift _____

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am _____ die verordnete Hörhilfe

erhalten zu haben den verordneten Tinnitusmasker/ das verordnete Tinnitusinstrument

Unterschrift des Empfängers _____

Freigabe 12.03.2008

Raum für interne Vermerke der Krankenkasse

Verbindliches Muster

Freigabe 06.05.2008

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr
frei

Name, Vorname des Versicherten

Geb.-
pfl.

noctu

Verbindliches Muster

geb. am

Sonstige

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Unfall

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Arbeits-
unfall

| | | | | | |
|-----|------------------|----------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| BVG | Hilfs- mittel | Impf- stoff | Spr.-St. Bedarf | Begr.- Pflicht | Apotheken-Nummer / IK |
| 6 | 7 | 8 | 9 | | |

| | | |
|-------------------------------|---------------|------|
| Zuzahlung | Gesamt-Brutto | |
| Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | Faktor | Taxe |
| 1. Verordnung | | |
| 2. Verordnung | | |
| 3. Verordnung | | |

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut
idem

aut
idem

aut
idem

6667

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Abgabedatum
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

**Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!**

| | |
|-----------|---------------------------------------|
| Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer |
| | |

Empfangsbestätigung für Hilfsmittel

| Nr. | Datum | Unterschrift des Empfängers |
|----------|-------|-----------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

Vermerke der Krankenkasse

Verbindliches Muster

Freigabe 06.05.2008

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.

Bescheinigung für die Krankengeldzahlung

Zuletzt vorgestellt am

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

 bzw. zuletzt besucht am

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

Noch arbeitsunfähig? ja nein ggf. voraussichtlich bis

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

Nächster Praxisbesuch am

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

Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

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

 Noch behandlungsbedürftig? ja nein

Krankenhausaufenthalt vom

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

 bis

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

Diagnose

(nur auszufüllen bei Änderungen gegenüber der zuletzt angegebenen Diagnose, stets jedoch am Schluss der Arbeitsunfähigkeit)

gültig seit Oktober 1991

Verbindliches Muster

Ausstellungsdatum

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum

T | T | M | M | J | J

Begründung bei Ablehnung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

| Datum | Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche) | Unterschrift des Versicherten |
|-------|---|-------------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

Behandlungsabbruch am ^{Datum} T | T | M | M | J | J

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Freigabe 12.03.2008

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

ärztlicher
Notfalldienst

Urlaubs- bzw.
Krankheitsvertretung

Notfall

Quartal

Unfall
Unfallfolgen

Geschlecht

W

M

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

[Empty grid for diagnosis entry]

[Empty grid for diagnosis entry]

[Empty grid for diagnosis entry]

Arbeitsunfähigkeit
bescheinigt bis

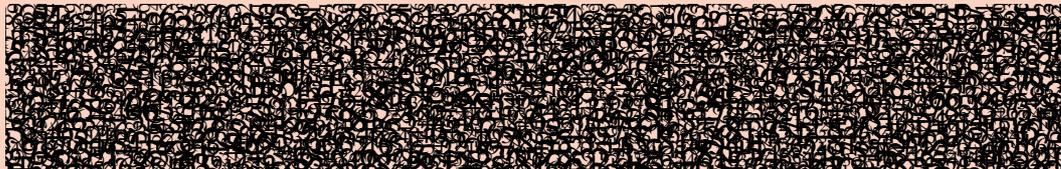


Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:

[Empty box for doctor's signature]

Befunde/Therapie

bitte auf Teil b eintragen!



| Tag | Mon. | Tag | Mon. |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum

Unterschrift des Versicherten

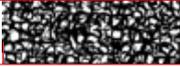
Nicht zu verwenden
bei Arbeitsunfällen,
Berufskrankheiten
und Schülerunfällen



Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel

Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

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

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

Wieviel Stunden täglich:

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit:

| vom | bis | Stunden täglich | Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|--|
| <input type="text" value="TTMMJJ"/> | <input type="text" value="TTMMJJ"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text" value="TTMMJJ"/> | <input type="text" value="TTMMJJ"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text" value="TTMMJJ"/> | <input type="text" value="TTMMJJ"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text" value="TTMMJJ"/> | <input type="text" value="TTMMJJ"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Zeitpunkt der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit absehbar?

ja, ggf. wann z. Z. nicht absehbar

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja nein

nur unter folgenden Voraussetzungen:

Wird für die geleisteten Stunden ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja nein

Datum

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Arbeitgeber

Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

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

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

Wieviel Stunden täglich:

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit:

| vom | bis | Stunden täglich | Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) |
|--------|--------|-----------------|--|
| TTMMJJ | TTMMJJ | | |

Zeitpunkt der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit absehbar?

ja, ggf. wann z. Z. nicht absehbar

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja nein

nur unter folgenden Voraussetzungen:

Wird für die geleisteten Stunden ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja nein

Datum

TTMMJJ

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

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

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

Wieviel Stunden täglich: _____

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit:

| vom | bis | Stunden täglich | Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) |
|-------------|-------------|-----------------|--|
| T T M M J J | T T M M J J | _____ | _____ |
| T T M M J J | T T M M J J | _____ | _____ |
| T T M M J J | T T M M J J | _____ | _____ |
| T T M M J J | T T M M J J | _____ | _____ |

Zeitpunkt der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit absehbar?

ja, ggf. wann _____ z. Z. nicht absehbar

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

T T M M J J

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja nein

nur unter folgenden Voraussetzungen:

Wird für die geleisteten Stunden ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja nein

Datum

T T M M J J

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Versicherten

Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

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

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

Wieviel Stunden täglich: _____

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit:

| vom | bis | Stunden täglich | Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Zeitpunkt der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit absehbar?

ja, ggf. wann _____ z. Z. nicht absehbar

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja nein

nur unter folgenden Voraussetzungen:

Wird für die geleisteten Stunden ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja nein

Datum

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und
Beaufsichtigung

notwendig

ja

nein

Unfall

ja

nein

Ärztliche Bescheinigung für **21** den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Das genannte Kind bedarf/bedurfte

vom

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

bis ein-
schließlich

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

der Beaufsichtigung, Betreuung
oder Pflege wegen Krankheit.

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag des Versicherten*

für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ, Wohnort: _____ Straße, Haus-Nr.: _____

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

Bankleitzahl:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Konto-Nr.:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Arbeitgeber: _____ Anschrift: _____

Verbindliches Muster

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin und gegen meinen Arbeitgeber

keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung Anspruch auf Entgeltfortzahlung für _____ Tage während der Freistellung von der Arbeit habe.

Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen.

Ich bin Alleinerziehende(r) ja nein

Krankengeld aus Anlass einer früheren Erkrankung des umseitig genannten Kindes wurde in diesem Kalenderjahr von mir

nicht für _____ Tage bezogen.

Datum

Freigabe 13.03.2008

Unterschrift des Versicherten

* Dieser Antrag ist von dem Versicherten zu stellen, der den Anspruch auf Krankengeld geltend macht.

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

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

Auf Veranlassung von:

| |
|-----------------------|
| Arztnummer |
| Betriebsstättennummer |

Name des Therapeuten

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestiche Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erforderlich nicht erforderlich erfolgt veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme:

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

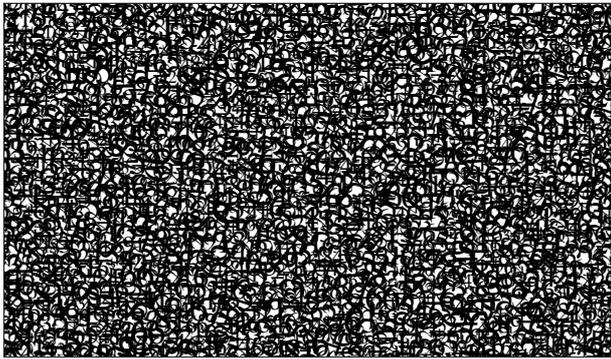
Ausstellungsdatum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Therapeuten



Konsiliarbericht

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

Auf Veranlassung von:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Arztnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Betriebsstättennummer

Name des Therapeuten

Chiffre

| |
|--|
| |
|--|

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

 des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestiche Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erforderlich nicht erforderlich erfolgt veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme: _____

Freigabe 10.11.2008

Verbindliches Muster

Ausstellungsdatum

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

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Gutachter

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

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

Auf Veranlassung von:

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arztnummer | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Betriebsstättennummer | | | | | | | | | | | | | | | |

Name des Therapeuten

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestiche Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erforderlich nicht erforderlich erfolgt veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme: _____

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt

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

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Auf Veranlassung von:

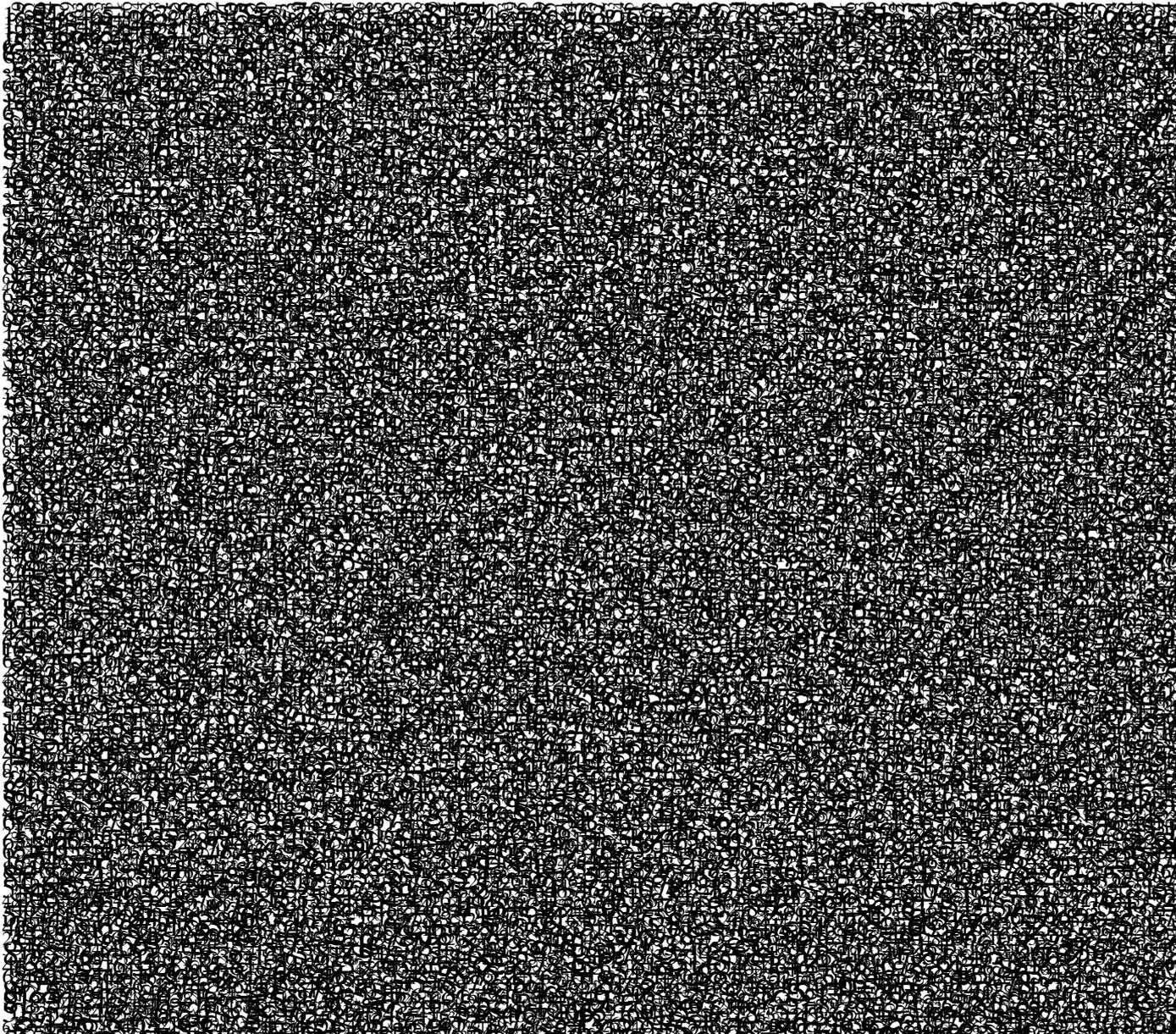
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Arztnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Betriebsstättennummer

Name des Therapeuten



Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontra-
indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme: _____

Verbindliches Muster

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V

- bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung
- zur Vermeidung der Verschlimmerung
behandlungsbedürftiger Krankheiten
- bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern

Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit:

Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden

- erhöhter Blutdruck Bewegungsmangel/Fehlhaltung Übergewicht/
Fehlernährung Stress Rauchen
- Sonstige Risikofaktoren _____
- aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): _____

| Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung | seit wann ? | Ursache | Verlauf |
|---|-------------|---------|---------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

Ursache: 1=Unfallfolgen; 2=Berufskrankheit; 3=Gesundheitsschäden nach dem BVG

Verlauf: 1= chronisch rezidierend; 2=chronisch progredient; 3=konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidierenden somatischen Erkrankungen

Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:

Datum der letzten Untersuchung:

Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)

- können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden liegen nicht vor

Angestrebtes Vorsorgeziel (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung):

Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

- Krankengymnastik Physik. Therapie Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie Ergotherapie
- Psychotherapie Patientenschulung Rehasport/Funktionstraining Selbsthilfegruppe
- Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): _____

Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!

Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch **dringend** erforderlich

(z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil

Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z. B. Klima, Allergiefaktoren)?

- nein ja, welche _____

empfohlener Kurort: _____ Dauer: _____ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur) ja nein

Ggf. weitere Bemerkungen: _____

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM berechnungsfähig -

Hinweis: Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und 73 Abs. 2 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 25 (7.2009)

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

Diagnose (ICD-10)

| | |
|--|-----------------------------|
| Schweregrad (lt. GAF-SKALA) | Die Erkrankung besteht seit |
| | T T M M J J |
| Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen | |
| Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren | |

| | |
|--|---|
| Anschrift und Telefonnummer des Versicherten Straße | Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| | Wenn ja, für welche Angelegenheiten? |
| | |
| PLZ | Ort |
| Telefonnummer | |

| | |
|--|---|
| Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen Name | Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers Name |
| Straße | Straße |
| PLZ | Ort |
| Telefonnummer | Telefonnummer |

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung) | Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten | Beantragte Zahl der Therapieeinheiten |
| | Voraussichtliche Dauer der Therapie | Bereits durchgeführte Leistungen |

Prognose

| | | | |
|--|---|--|---|
| Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> wird vermieden | <input type="checkbox"/> wird verkürzt | <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar |
| Begründung | | | |
| Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt | | | |

Original bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen

Ort und Datum

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Diagnose (ICD-10)

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------|
| Schweregrad (lt. GAF-SKALA) | Die Erkrankung besteht seit | T T M M J J |
| Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen | | |
| Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren | | |

| | | |
|--|---|---|
| Anschrift und Telefonnummer des Versicherten Straße | | Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| PLZ | Ort | Wenn ja, für welche Angelegenheiten? |
| Telefonnummer | | |
| Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen Name | | Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers Name |
| Straße | | Straße |
| PLZ | Ort | PLZ |
| Telefonnummer | | Telefonnummer |
| Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung) | Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten | Beantragte Zahl der Therapieeinheiten |
| | Voraussichtliche Dauer der Therapie | Bereits durchgeführte Leistungen |

| | | |
|--|---|--|
| Prognose | | |
| Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> wird vermieden | <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar |
| Begründung | | |
| Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt | | |

| | |
|---|---------------|
| Ausfertigung zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer | Ort und Datum |
|---|---------------|

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Diagnose (ICD-10)

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------|
| Schweregrad (lt. GAF-SKALA) | Die Erkrankung besteht seit | T T M M J J |
| Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen | | |
| Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren | | |

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
| Anschrift und Telefonnummer des Versicherten | | Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Straße | | Wenn ja, für welche Angelegenheiten? | |
| PLZ | Ort | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Telefonnummer | | | |
| Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen | | Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers | |
| Name | | Name | |
| Straße | | Straße | |
| PLZ | Ort | PLZ | Ort |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefonnummer | | Telefonnummer | |
| Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung) | Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten | Beantragte Zahl der Therapieeinheiten | |
| | Voraussichtliche Dauer der Therapie | Bereits durchgeführte Leistungen | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| Prognose | | | |
| Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> wird vermieden | <input type="checkbox"/> wird verkürzt | <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar |
| Begründung | | | |
| Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt | | | |

| | |
|---|---------------|
| Ausfertigung zum Verbleib beim verordnenden Arzt | Ort und Datum |
|---|---------------|

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| IK des Leistungserbringers | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

| Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen | | |
|---|----------------------------|----------|
| Art der Maßnahmen | Frequenz pro Woche / Monat | Zeitraum |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Ausstellungsdatum

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum Unterschrift des Therapeuten

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

Datum Unterschrift des Patienten

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

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| IK des Leistungserbringers | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

| Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen | | |
|---|----------------------------|----------|
| Art der Maßnahmen | Frequenz pro Woche / Monat | Zeitraum |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| |
|-------------------|
| Ausstellungsdatum |
|-------------------|

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

**Ausfertigung zum Verbleib
beim soziotherapeutischen
Leistungserbringer**

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

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

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| IK des Leistungserbringers | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

| Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen | | |
|---|----------------------------|----------|
| Art der Maßnahmen | Frequenz pro Woche / Monat | Zeitraum |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| |
|-------------------|
| Ausstellungsdatum |
|-------------------|

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

**Ausfertigung
zum Verbleib beim
verordnenden Arzt**

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

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

| | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Diagnose (ICD-10) | Die Erkrankung besteht seit | T T M M J J |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|

| | | | |
|-----------------------|---|--|---|
| Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> wird vermieden | <input type="checkbox"/> wird verkürzt | <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar |
|-----------------------|---|--|---|

| | |
|--|--|
| <p>Erklärung des Arztes</p> <p>Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu</p> | <p>Soziotherapeutischer Leistungserbringer</p> <p>Name</p> <p>_____</p> <p>Anschrift</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| | <p>Datum</p> <p>_____</p> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p>_____</p> |

Soziotherapeutischer Leistungserbringer

Erklärung zu den Voraussetzungen der Leistungserbringung

Ich erkläre, dass ich die in den Empfehlungen gem. § 132 b Abs. 2 SGB V genannten Anforderungen zur soziotherapeutischen Leistungserbringung erfülle und einen Vertrag gem. § 132 b Abs. 1 SGB V geschlossen habe

Abrechnung

Folgende Leistungen wurden erbracht

| Datum | Leistung |
|-------|----------|
| | |
| | |
| | |

Bemerkungen zur Abrechnung

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf das Konto _____ bei der (Kreditinstitut) _____ (BLZ)

| | |
|----------------------------|--|
| IK des Leistungserbringers | |
|----------------------------|--|

Original bitte vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterleiten

Ort und Datum _____ Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers _____

Verbindliches Muster

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

| | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Diagnose (ICD-10) | Die Erkrankung besteht seit | T T M M J J |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|

| | | | |
|-----------------------|---|--|---|
| Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> wird vermieden | <input type="checkbox"/> wird verkürzt | <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar |
|-----------------------|---|--|---|

| | | |
|---|---|---|
| <p>Erklärung des Arztes</p> <p>Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu</p> | | <p>Psychotherapeutischer Leistungserbringer</p> <p>Name</p> <p>Anschrift</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| Datum | Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes | |

Psychotherapeutischer Leistungserbringer

Erklärung zu den Voraussetzungen der Leistungserbringung

Ich erkläre, dass ich die in den Empfehlungen gem. § 132 b Abs. 2 SGB V genannten Anforderungen zur psychotherapeutischen Leistungserbringung erfülle und einen Vertrag gem. § 132 b Abs. 1 SGB V geschlossen habe

Abrechnung

Folgende Leistungen wurden erbracht

| Datum | Leistung |
|-------|----------|
| | |
| | |
| | |

Bemerkungen zur Abrechnung

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf das Konto _____ bei der (Kreditinstitut) _____ (BLZ)

| | |
|----------------------------|--|
| IK des Leistungserbringers | |
|----------------------------|--|

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| <p>Ausfertigung zum Verbleib beim psychotherapeutischen Leistungserbringer</p> | Ort und Datum | Unterschrift des psychotherapeutischen Leistungserbringers |
| | <p>Verbindliches Muster</p> | |

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

| | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Diagnose (ICD-10) | Die Erkrankung besteht seit | T T M M J J |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|

| | | | |
|-----------------------|---|--|---|
| Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> wird vermieden | <input type="checkbox"/> wird verkürzt | <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar |
|-----------------------|---|--|---|

| | |
|--|---|
| <p>Erklärung des Arztes</p> <p>Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu</p> | <p>Soziotherapeutischer Leistungserbringer</p> <p>Name</p> <p>Anschrift</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| | <p>Datum</p> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> |

Soziotherapeutischer Leistungserbringer

Erklärung zu den Voraussetzungen der Leistungserbringung

Ich erkläre, dass ich die in den Empfehlungen gem. § 132 b Abs. 2 SGB V genannten Anforderungen zur soziotherapeutischen Leistungserbringung erfülle und einen Vertrag gem. § 132 b Abs. 1 SGB V geschlossen habe

Abrechnung

Folgende Leistungen wurden erbracht

| Datum | Leistung |
|-------|----------|
| | |
| | |
| | |

Bemerkungen zur Abrechnung

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf das Konto _____ bei der (Kreditinstitut) _____ (BLZ)

| | |
|----------------------------|--|
| IK des Leistungserbringers | |
|----------------------------|--|

| | |
|--|---|
| <p>Ausfertigung zum Verbleib beim verordnenden Arzt</p> | <p>Ort und Datum</p> <p>Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers</p> |
| | <p>Verbindliches Muster</p> |

Verbleib beim Vertragsarzt

Krankenkasse

AOK BKK IKK
 Landwirtsch. Krankenkasse Knappschaft
 vdek

Alter

unter 35 50–54 70–74
 35–39 55–59 75–79
 40–44 60–64 80 u. älter
 45–49 65–69

Geschlecht

weiblich männlich

Es wird gleichzeitig eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? ja

Anamnese

Es wurde bereits eine Gesundheitsuntersuchung nach den Richtlinien durchgeführt? ja

Vorbestehende Krankheiten

| | in der Eigenanamnese | in der Familienanamnese |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Hypertonie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| koronare Herzkrankheit | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| sonst. arter. Verschlusskrankheit | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hyperlipidämie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nierenkrankheiten | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Persönliche Risikofaktoren

Nikotinabusus Adipositas
 dauerhafte emotionale Belastungsfaktoren Alkoholabusus
 Bewegungsmangel

Befunde

krankhafte Veränderungen (ohne interkurrente Befunde)

Brustkorb (Inspektion) Bewegungsapparat
 Herzauskultation Haut
 Lungenauskultation Sinnesorgane
 Abdomenpalpation (einschl. Nierenlager) Nervensystem
 Fußpulse Psyche
 Karotisauskultation

Blutdruck

bis 140/90 mmHg bis 180/105 mmHg
 bis 160/95 mmHg über 180/105 mmHg

Der relativ höhere Wert (systolisch oder diastolisch) bestimmt die Klassenzugehörigkeit (z.B.: 150/100 mmHg= bis 180/105 mmHg). Bei Werten über 140/90 mmHg ist eine zweite Messung durchzuführen und der Mittelwert aus beiden Messungen für die Klassenzuordnung zugrunde zu legen.

Labor

Blut

Gesamtcholesterin: bis 200 mg/dl
 201 bis 220 mg/dl
 221 bis 250 mg/dl
 251 bis 300 mg/dl
 über 300 mg/dl

Bestimmung des HDL/LDL-Cholesterins veranlaßt? ja

Glukosewert auffällig? ja

Harn

Eiweiß positiv Ery/Hb positiv Leukozyten positiv
 Glukose positiv Nitrit positiv

Neue Diagnose / Verdachtsdiagnose

(ohne interkurrente Erkrankungen)

| neu gestellte Diagnose | davon behandlungsbedürftig | Abklärungsdiagnostik bei Verdacht auf bisher unbekannte Erkrankung eingeleitet |
|--|-------------------------------------|--|
| Hypertonie <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| koronare Herzkrankheit <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| arterielle Verschlusskrankheit <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hyperlipidämie <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nieren-erkrankung <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Lungen-erkrankung <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| orthopädische Erkrankung <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Haut-erkrankung <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Erkrankung des Nervensystems <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Erkrankung der Psyche <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| andere Krankheiten <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Folgende Maßnahmen wurden veranlaßt

Ernährungs-umstellg./Diätber. neu verordnete medikamentöse Therapie
 Nikotin-entwöhnung sonstiges
 Bewegungs-training keine speziellen Maßnahmen
 Entspannungs-techniken

Verbindliches Muster

Name

Geburtsdatum

Freigabe 10.11.2008

| | | | |
|--------------------------------|------------------|--------|---------|
| Name, Vorname des Versicherten | | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status | |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | |

Zytologische Untersuchung Eingangsdatum _____
 Unters.-Nummer _____

Bitte ab hier nicht mehr durchschreiben

Lfd.-Nr.

Die Untersuchung wurde durchgeführt am

Honorarabrechnung

Untersuchung gemäß EBM-Nr.

Kostenerstattung für den Versand gemäß BMÄ/E-GO-Nr.

Überweisungsschein zur präventiven zytologischen Untersuchung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des überweisenden Arztes

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____

Zytologische Untersuchung

Unters.- Nummer _____ Eingangsdatum _____
Ausgangsdatum _____

Geburtsjahr Tag der Untersuchung

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

¹ nein ² ja, zuletzt im Jahr

Ggf. Nr. des letzten zytolog. Befundes _____ Gruppe _____

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

¹ nein ² ja Welche? _____ Wann? _____

Zahl der Schwangerschaften einschließlich Fehlgeburten

Jetzt: nein ja

Letzte Periode Gravidität ¹ ²

Path. gynäkologische Blutungen z.B. zwischen den normalen Regeln, Dauer- oder Schmierblutung im Klimakterium, in der Postmenopause, bei Verkehr, blutig-bräunlicher Ausfluss ¹ ²

Sonstiger Ausfluss ¹ ²

IUP ¹ ²

Ovulationshemmer ¹ ²

Sonstige Hormon-Anwendung ¹ ²

Welche? _____

Warum? _____

Befund

Vulva Inspektion auffällig ⁴ ⁵

Portio und Vagina Spiegeleinstellung auffällig ⁴ ⁵

Inneres Genitale Gyn. Tastbefund auffällig ⁴ ⁵

Inguinale Lymphknoten auffällig ⁴ ⁵

Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde ⁴ ⁵

Haut Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentfleckens oder Knotens ⁷ ⁸

Mamma Inspektions-/Tastbefund auffällig ⁷ ⁸

Axilläre Lymphknoten auffällig ⁷ ⁸

Rektum / Kolon Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl ¹ ²

Neu aufgetr. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang ¹ ²

Tastbefund auffällig ¹ ²

Stuhltest zurückgegeben ¹ ²

Stuhltest positiv ¹ ²

Zytologischer Befund

Endozervikale Zellen nicht vorhanden ¹ vorhanden ²

Gruppe I/II ³ Gruppe IV a ⁶ Zellmat. nicht verwertbar ⁹

Gruppe III ⁴ Gruppe IV b ⁷

Gruppe III D ⁵ Gruppe V ⁸

Döderleinflora Mischflora Kokkenflora

Trichomonaden Mykose Aminkolpitis

Proliferationsgrad _____

Empfehlung ⁵⁷ ² zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

nach _____

⁵⁸ ² histologische Klärung

Bemerkungen

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Gyn. Diagnose _____

RR

Bei Werten über 140/90 bitte 2. Messung eintragen

/ / /

Zusätzl. ab dem Alter von 30 Jahren

Zusätzl. ab dem Alter von 50 Jahren

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Geburtsjahr

| | | | |
|----|----|---|---|
| 1 | 9 | J | J |
| 23 | 24 | | |

Tag der Untersuchung

| | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|
| T | T | M | M | J | J |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ¹ nein | <input type="checkbox"/> ² ja, zuletzt im Jahr | <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| 31 | 31 | 32 33 |

| | | | |
|--|----|--|--|
| Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl | 34 | <input type="checkbox"/> ¹ nein | <input type="checkbox"/> ² ja |
| Neu aufgetretene Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang | 35 | <input type="checkbox"/> ¹ nein | <input type="checkbox"/> ² ja |
| Beschwerden beim Wasserlassen | 36 | <input type="checkbox"/> ¹ nein | <input type="checkbox"/> ² ja |
| Bräunlich oder rötlich gefärbter Urin | 37 | <input type="checkbox"/> ¹ nein | <input type="checkbox"/> ² ja |

Befund

Haut Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentfleckens oder Knotens

nein 1 ja 2

| | | |
|----|----------------------------|----------------------------|
| 38 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|----|----------------------------|----------------------------|

Äußeres Genitale auffällig

| | | |
|----|----------------------------|----------------------------|
| 39 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|----|----------------------------|----------------------------|

Prostata auffällig isolierte Verhärtung

| | | |
|----|----------------------------|----------------------------|
| 40 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|----|----------------------------|----------------------------|

totale Verhärtung

| | | |
|----|----------------------------|----------------------------|
| 41 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|----|----------------------------|----------------------------|

Rektum / Kolon

Tastbefund auffällig

| | | |
|----|----------------------------|----------------------------|
| 42 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|----|----------------------------|----------------------------|

Stuhltest zurückgegeben

| | | |
|----|----------------------------|----------------------------|
| 43 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|----|----------------------------|----------------------------|

Stuhltest positiv

| | | |
|----|----------------------------|----------------------------|
| 44 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|----|----------------------------|----------------------------|

Zusätzl. ab dem Alter von 50 Jahren

Inguinale Lymphknoten auffällig

| | | |
|----|----------------------------|----------------------------|
| 45 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|----|----------------------------|----------------------------|

Bisher unbekannte behandlungsbedürftige Nebenergebnisse

| | | |
|----|----------------------------|----------------------------|
| 46 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|----|----------------------------|----------------------------|

RR

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | / | | |
|--|--|--|---|--|--|

Bei Werten über 140/90 2. Messung eintragen

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | / | | |
|--|--|--|---|--|--|

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

| | | |
|--------------------------------|------------|------------------|
| Name, Vorname des Versicherten | Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. |
|--------------------------------|------------|------------------|

Bericht des behandelnden Arztes

1. In Behandlung seit

2. Diagnose

3. Wieder arbeitsfähig?

ja, ab

nein, arbeitsunfähig voraussichtlich bis

4. Ist zur Sicherung des Heilerfolges und/oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich?

ja nein

wenn ja, welche Maßnahmen werden vorgeschlagen

5. Bestehen begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit?

ja nein

Bemerkungen

Für den Bericht des Arztes ist die Nr. 01620 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

Freigabe 04.08.2005

Verbindliches Muster
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse

Sehr geehrte(r) Frau / Herr _____

Sie haben am

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

 für Frau / Herrn

Name und Vorname des Versicherten _____

Geburtsdatum

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

Anschrift des Versicherten _____

Versichertennummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

folgende Verordnung(en) _____

Freigabe 04.08.2005

eine Verordnung von Krankenhausbehandlung

ausgestellt.

Bitte geben Sie auf der Rückseite Auskunft zu folgendem Sachverhalt:

Bei uns kann keine Mitgliedschaft festgestellt werden bzw. die Mitgliedschaft endete am

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

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
Freiumschlag

Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01620 EBM berechnungsfähig

Verbindliches Muster

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Wurde der Name und das Geburtsdatum von uns richtig wiedergegeben?

 ja nein

Wenn nein, bitte berichtigen:

Name und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

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

Hat ein Behandlungsausweis zum Zeitpunkt der Behandlung vorgelegen?

 ja nein

Name der Krankenkasse

Bei Kassenwechsel:

Name der neuen Krankenkasse

Bitte nur bei Angabe einer neuen Krankenkasse ausfüllen!

Behandlungstag

EBM-Nr.

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

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

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

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

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

Behandlungstag

EBM-Nr.

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

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

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

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

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

Freigabe 04.08.2005

Verbindliches Muster

Ausstellungsdatum

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

zu 1. Angaben bei Arbeitsunfall / sonstigem Unfall / Drittschädigung

Wurde der Patient wegen des Unfalls oder der Schädigung überwiesen?

nein

ja, und zwar
Name des Arztes

an einen anderen Arzt

von einem anderen Arzt
Anschrift

Wurden von Ihnen Leistungen (z.B. Arzneimittel, Heil-/Hilfsmittel, Krankentransport aufgrund des Unfalls) veranlasst / verordnet?

ja

nein

Wenn ja, welche? (bitte genaue Bezeichnung)

Dauert die Behandlung noch an?

ja

nein

Ist mit Spätfolgen zu rechnen?

ja

nein

noch nicht absehbar

Bitte in jedem Fall ausfüllen!

Behandlungstag

EBM-Nr.

T T M M J J

Behandlungstag

EBM-Nr.

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

zu 2. Angaben zum ursächlichen Zusammenhang mit dem Versorgungsleiden

Steht die für die Bescheinigung / Verordnung (s. Vorderseite) maßgebliche Diagnose im ursächlichen Zusammenhang mit den anerkannten Versorgungsleiden?

ja

nein

zweifelhaft

Nur bei Arbeitsunfähigkeit / Krankenhauseinweisung!

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung / Krankenhauseinweisung war

ausschließlich / überwiegend wegen der anerkannten Schädigungsfolgen vom

T T M M J J

bis T T M M J J

überwiegend wegen anderer Leiden vom

T T M M J J

bis T T M M J J

Bitte in jedem Fall ausfüllen!

Behandlungstag

EBM-Nr.

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Freigabe 08.08.2005

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

1. Wegen welcher Diagnose(n) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

(Bitte fügen Sie im verschlossenen Umschlag für den MDK eigene Befunde sowie vorhandene Berichte wie z.B. Facharzt-, Krankenhaus-, Rehaberichte bei.)

2. Welche Tätigkeiten übt der Versicherte derzeit aus? *(Bei Arbeitslosengeldempfängern bitte 2.1 und 2.2 beantworten.)*

2.1 Für welchen zeitlichen Umfang hat sich der Versicherte der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt?

Stunden pro Woche

2.2 Kann der Versicherte in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben?

ja

nein

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab

4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ (ggf. wann und welche)

operativ (ggf. wann und welche)

5. Mitbehandler ist (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)

(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich.)

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit)
(Gilt nicht für Arbeitslose.)

Ernährungsberatung

Stufenweise Wiedereingliederung
(Gilt nicht für Arbeitslose.)

Rückenschule

Medizinische Reha-Maßnahme

Umschulung

Sonstige (z.B. Suchttherapie, Soziotherapie)

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

ja (z.B. Arbeitsplatz, Muttersprache, soziales Umfeld)

nein

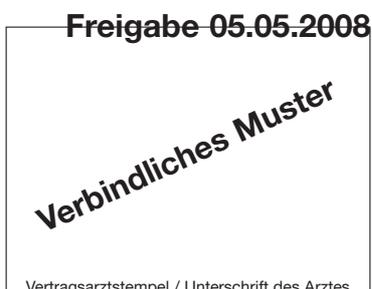
8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

ja

nein

9. Sonstiges / Bemerkungen

Ausstellungsdatum



Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten

Sehr geehrte(r) Frau / Herr _____ **Freigabe 04.08.2005**

Ihr Patient / unser Mitglied

Name und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

| T | T | M | M | J | J |

Anschrift des Versicherten

Versichertennummer

| | | | | | | | | | | |

ist seit | T | T | M | M | J | J |

arbeitsunfähig erkrankt

in stationärer Behandlung

Um die Dauer des Leistungsanspruchs prüfen zu können, teilen Sie uns bitte mit, ob die Arbeitsunfähigkeit mit den vorherigen Arbeitsunfähigkeitszeiten (Daten siehe Rückseite) in ursächlichem Zusammenhang steht.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
Freiumschlag

Verbindliches Muster

Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Von der Krankenkasse auszufüllen!

I. Arbeitsunfähig vom

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

 bis

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

wegen

II. Vorher bestand Arbeitsunfähigkeit wegen vom bis behandelnder Arzt

1

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

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

2

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

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

3

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

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

4

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

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

5

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

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

6

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

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

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Handelt es sich bei der unter I. angegebenen Krankheit und einer der unter II. genannten Krankheiten um dieselbe Krankheit* im Sinne der unten abgedruckten versicherungsrechtlichen Erläuterungen?

nein ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) _____ genannten Krankheit(en).

III. Sind während der unter I. genannten Arbeitsunfähigkeit weitere Krankheiten hinzugetreten?

nein ja, und zwar _____

_____ am

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

Wird die Arbeitsunfähigkeit nur noch von der/den hinzugetretenen Krankheit(en) bedingt?

nein ja, und zwar _____

_____ ab

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

Handelt es sich bei der hinzugetretenen Krankheit und einer unter II. genannten früheren Erkrankung um dieselbe Krankheit* im Sinne der unten abgedruckten versicherungsrechtlichen Erläuterungen?

nein ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) _____ genannten Krankheit(en).

Ergänzende Bemerkungen

Ausstellungsdatum

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

Freigabe 04.08.2005

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

*) Versicherungsrechtliche Erläuterungen

Der Begriff "dieselbe Krankheit" setzt nicht voraus, dass fortlaufende Behandlungsbedürftigkeit besteht. Bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit kommt es darauf an, ob die neue Arbeitsunfähigkeit und die frühere(n) auf derselben Krankheitsursache beruhen oder zumindest in einem inneren Zusammenhang mit ihr stehen. Der innere Zusammenhang kann schon dadurch begründet sein, dass die Entstehung der Krankheit jedesmal durch eine gemeinsame Bedingung begünstigt oder herbeigeführt wird.

Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze bei Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V

55

Die Feststellung, dass der Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet, wird durch die Krankenkasse getroffen. Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn eine Dauerbehandlung gemäß Abschnitt B1 vorliegt und eines der Merkmale (A1 bis A3) vorhanden ist.

Zuerst von der Krankenkasse auszufüllen!

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Versichertennummer

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

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

A1 Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor

ja nein

A2 Es ist ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) bzw. eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% nach Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt worden

ja nein

Ausstellungsdatum

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

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

B1 Der oben genannte Versicherte ist seit dem wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung

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

Eine Dauerbehandlung liegt vor, wenn der Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellen dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.

Dauerdiagnose(n)

Ende der Dauerbehandlung

nicht absehbar voraussichtlich am

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

Die nachstehende Frage muss nicht beantwortet werden, wenn A1 und/oder A2 mit ja beantwortet wurde.

B2 Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der unter B1 genannten Krankheit erforderlich (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), da ohne Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist

ja nein

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

Ausstellungsdatum

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

Freigabe 10.11.2008

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Abschließend von der Krankenkasse auszufüllen!

A3 Es liegt eine ärztliche Bescheinigung der kontinuierlichen Behandlungserfordernis gemäß Abschnitt B2 vor

ja nein

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

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Hinweis: Rehabilitationssport und Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt und können daher grundsätzlich nur für einen begrenzten Zeitraum bewilligt werden.

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem anerkannten Leistungserbringer durchgeführt werden

Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Rehabilitationssport/
Funktionstraining bereits teil seit

MMJJ

Datum

Ich beginne mit Rehabilitationssport/
Funktionstraining voraussichtlich am

TTMMJJ

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen/Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Verbindliches Muster

Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik Schwimmen Leichtathletik

Bewegungsspiele Sonstige _____

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Regelfall)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten nur bei

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose |
| <input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) | <input type="checkbox"/> Multipler Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Doppelamputation | <input type="checkbox"/> Muskeldystrophie |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal |
| <input type="checkbox"/> Glasknochen | <input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung |
| <input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie |
| <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom | <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | |

Längere Leistungsdauer bei geistiger oder psychischer Krankheit/Behinderung mit fehlender/noch fehlender selbstgesteuerter Aktivität

120 Übungseinheiten in 36 Monaten

Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik

Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Regelfall)

24 Monate nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

- Fibromyalgie-Syndrome
- Kollagenosen
- Morbus Bechterew
- Osteoporose
- Polyarthrosen, schwer
- Psoriasis-Arthritis
- Rheumatoide Arthritis

Längere Leistungsdauer bei geistiger oder psychischer Krankheit/Behinderung mit fehlender/noch fehlender selbstgesteuerter Aktivität

24 Monate

Rehabilitationssport in Herzgruppen ist notwendig für

- 90 Übungseinheiten in 30 Monaten
- 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Kinderherzgruppen)

Zusätzliche Angaben des Arztes bei Verordnungen für Rehabilitationssport in Herzgruppen

Befund vom (Nachweis nicht älter als 6 Monate)

Ejektionsfraktion %

Bei standardisierter Fahrradergometrie im Sitzen erreichte max. Belastbarkeit Watt max. Puls/min max. mm HG

daraus errechnete Dauerbelastbarkeit (max. Belastbarkeit abzüglich 30 von 100) W/kg Körpergewicht

symptomlimitierte Dauerbelastbarkeit aufgrund von Ischämie-Kriterien W/kg Körpergewicht

Gründe für den Abbruch der Fahrradergometrie

Angaben zur Medikation

Längere Leistungsdauer bei geistiger oder psychischer Krankheit/Behinderung mit fehlender/noch fehlender selbstgesteuerter Aktivität

- 90 Übungseinheiten in 30 Monaten

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining

- 1 mal
- 2 mal
- 3 mal, Begründung

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

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

- Rehabilitationssports** gemäß § 43 Abs.1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX
- für 50 Übungseinheiten /18 Monate
- für 120 Übungseinheiten /36 Monate
- für 90 Übungseinheiten /30 Monate (Herzgruppen)
- für 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen)
- längstens bis

- Funktionstrainings** gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX
- Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen
- 1 mal
- 2 mal
- 3 mal
- für die Dauer von
- 12 Monaten
- 24 Monaten
- längstens bis

Datum

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

Freigabe 14.03.2008
Verbindliches Muster
Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten

Für nebenstehend genannte(n) Versicherte(n) wurde(n) folgende(s) Gesundheitsproblem / Diagnose(n) festgestellt

| |
|--|
| |
| |
| |

Die kurative Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg

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

Beratung über Angebote alternativ zur Rehabilitation erwünscht

| | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ambulante Vorsorgeleistung am Kurort |
| <input type="checkbox"/> | stationäre Vorsorgeleistungen |
| <input type="checkbox"/> | |

Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich

Leistungen der medizinischen Vorsorge haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft droht oder ist bereits gegeben |
| <input type="checkbox"/> | Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten |
| <input type="checkbox"/> | Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit |

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Rückruf durch die Krankenkasse erbeten unter

Telefon-Nummer

Datum

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

Urschriftlich zurück an den Vertragsarzt

Verordnungsvordruck der Krankenkasse liegt bei. Bitte Indikation für die Verordnung von Rehabilitation prüfen

Bitte prüfen Sie, ob den medizinischen Erfordernissen für oben genannte(n) Versicherte(n) auch folgende Leistungen gerecht werden: (Der Verordnungsvordruck liegt bei)

| |
|--|
| |
| |

Eine Leistung der Krankenkasse kommt nicht in Betracht, weil

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist: (Der Antragsvordruck liegt bei. Bitte entsprechend der für diesen Rehabilitationsträger geltenden Regelungen den Antrag stellen)

| |
|--|
| |
| |

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist: (Der entsprechende Antragsvordruck liegt der Krankenkasse nicht vor)

Kontaktaufnahme des Versicherten mit der Servicestelle empfohlen in

Telefon-Nummer

Der zuständige Träger ist bereits unterrichtet

Ort

Datum

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

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

**Beide Blätter an die Krankenkasse
Original danach zurück an den Vertragsarzt**

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten

Für nebenstehend genannte(n) Versicherte(n) wurde(n) folgende(s) Gesundheitsproblem / Diagnose(n) festgestellt

Die kurative Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg

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

Beratung über Angebote alternativ zur Rehabilitation erwünscht

ambulante Vorsorgeleistung am Kurort

stationäre Vorsorgeleistungen

Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich
Leistungen der medizinischen Vorsorge haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg

Eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft droht oder ist bereits gegeben

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten

Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Rückruf durch die Krankenkasse erbeten unter

Telefon-Nummer _____

Datum

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

Urschriftlich zurück an den Vertragsarzt

Verordnungsvordruck der Krankenkasse liegt bei. Bitte Indikation für die Verordnung von Rehabilitation prüfen

Bitte prüfen Sie, ob den medizinischen Erfordernissen für oben genannte(n) Versicherte(n) auch folgende Leistungen gerecht werden: (Der Verordnungsvordruck liegt bei)

Eine Leistung der Krankenkasse kommt nicht in Betracht, weil

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:
(Der Antragsvordruck liegt bei. Bitte entsprechend der für diesen Rehabilitationsträger geltenden Regelungen den Antrag stellen)

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:
(Der entsprechende Antragsvordruck liegt der Krankenkasse nicht vor)

Kontaktaufnahme des Versicherten mit der Servicestelle empfohlen
in _____ Telefon-Nummer _____

Der zuständige Träger ist bereits unterrichtet

Ort _____

Datum

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

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Durchschlag zum Verbleib bei der Krankenkasse

| | | | |
|--------------------------------|------------------|--------|---------|
| Name, Vorname des Versicherten | | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status | |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | |

Ist ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. Unfall-, Rentenversicherung) zuständig, ist dieses Formular nicht auszufüllen

* für Kinder/Jugendliche, Mütter/Mutter-Kind, Sucht, neurologische Rehabilitation Phase C-, D-, psychosomatische und geriatrische Rehabilitation sind ggf. weitergehende spezifische Fragestellungen zu beantworten

Bitte Nein / Ja Antworten ankreuzen

Nein = Ja =

I. Sozialanamnese

A. Lebenssituation

allein lebend mit (Ehe-)Partner/-in betreutes Wohnen
 mit / bei Kindern Pflegeeinrichtung

B. Welche berufliche Tätigkeit übt die / der Versicherte derzeit aus?

(berufliche Tätigkeit, Schüler-/in, Student-/in, Hausfrau/Hausmann, Rentner-/in)

Stunden/Woche: und zwar:
 Schichtdienst

arbeitslos seit
 arbeitsunfähig seit

C. Ist die/der Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung ihrer/seiner beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

Art der Einschränkung

D. Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe Schwerbehinderung anerkannt
 GdB Merkzeichen

II. Klinische Anamnese

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

| | | |
|----|----------------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Verbindliches Muster

Diagnose(n) Nummer(n) ist / sind zurückzuführen auf

Arbeitsunfall, Schulunfall sonstiger Unfall Berufskrankheit Gesundheitsschaden nach dem BVG

Ausfertigung für die Krankenkasse

Freigabe 14.03.2008

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____

Verordnung von medizinischer Rehabilitation*

61 Teil A

Ist ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. Unfall-, Rentenversicherung) zuständig, ist dieses Formular nicht auszufüllen

* für Kinder/Jugendliche, Mütter/Mutter-Kind, Sucht, neurologische Rehabilitation Phase C-, D-, psychosomatische und geriatrische Rehabilitation sind ggf. weitergehende spezifische Fragestellungen zu beantworten

Bitte Nein / Ja Antworten ankreuzen Nein = Ja =

I. Sozialanamnese

A. Lebenssituation

allein lebend mit (Ehe-)Partner/-in betreutes Wohnen

mit / bei Kindern Pflegeeinrichtung

B. Welche berufliche Tätigkeit übt die / der Versicherte derzeit aus?

(berufliche Tätigkeit, Schüler-/in, Student-/in, Hausfrau/Hausmann, Rentner-/in)

Stunden/Woche: _____ und zwar: _____

_____ Schichtdienst _____

arbeitslos seit

arbeitsunfähig seit

C. Ist die/der Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung ihrer/seiner beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

Art der Einschränkung _____

D. Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe _____ GdB _____ Merkzeichen _____

_____ Schwerbehinderung anerkannt

II. Klinische Anamnese

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen nach ICD 10

1. _____

2. _____

3. _____

Verbindliches Muster

Diagnose(n) Nummer(n) _____ ist / sind zurückzuführen auf _____

Arbeitsunfall, Schulunfall sonstiger Unfall Berufskrankheit Gesundheitsschaden nach dem BVG

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Muster 61Teil A,b (7.2008)

Bitte vor der Beschriftung der Formulare diese Fußleiste abreißen und die 4 Einzelsätze voneinander trennen

Freigabe 14.03.2008

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

| | keine Beeinträchtigungen | Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln) | personelle Hilfe nötig | nicht durchführbar |
|--|-----------------------------|--|---------------------------|--------------------------|
| Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mobilität (z. B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige

| |
|--|
| |
| |

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index)

| |
|--|
| |
| |

C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

Persönliches und familiäres Umfeld (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Soziales Umfeld (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Verbindliches Muster

Risikofaktoren

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Nikotin | <input type="checkbox"/> | Alkoholmissbrauch | <input type="checkbox"/> | Übergewicht | <input type="checkbox"/> | Bewegungsmangel | <input type="checkbox"/> |
| Drogengebrauch/Medikamentenmissbrauch | <input type="checkbox"/> | Sonstiges | <input type="checkbox"/> | | | | |

Freigabe 14.03.2008

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

| | keine Beeinträchtigungen | Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln) | personelle Hilfe nötig | nicht durchführbar |
|--|-----------------------------|--|---------------------------|--------------------------|
| Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mobilität (z. B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige _____

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index) _____

C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

Persönliches und familiäres Umfeld (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

Soziales Umfeld (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

Verbindliches Muster

Risikofaktoren

Nikotin Alkoholmissbrauch Übergewicht Bewegungsmangel
 Drogengebrauch/Medikamentenmissbrauch Sonstiges _____

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Freigabe 14.03.2008

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

C. Heilmittel

| | In den letzten 12 Monaten erfolgt | | Anzahl | Aussichtsreich | | | In den letzten 12 Monaten erfolgt | | Anzahl | Aussichtsreich | |
|--|-----------------------------------|---|--------|----------------|---|---|-----------------------------------|---|--------|----------------|---|
| | N | J | | N | J | | N | J | | N | J |
| Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage) | N | J | | N | J | Wärme-/Kältetherapie | N | J | | N | J |
| Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie) | N | J | | N | J | Standardisierte Heilmittelkombinationen | N | J | | N | J |
| Traktionsbehandlung | N | J | | N | J | Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie | N | J | | N | J |
| Elektrotherapie | N | J | | N | J | Ergotherapie | N | J | | N | J |
| Inhalation | N | J | | N | J | | | | | | |

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? _____ Verordnet N J Aussichtsreich N J

E. Andere Maßnahmen

| | Durchgeführt | | Aussichtsreich | | | Durchgeführt | | Aussichtsreich | |
|--|--------------|---|----------------|---|---------------------------------------|--------------|---|----------------|---|
| | N | J | N | J | | N | J | N | J |
| Psychotherapie | N | J | N | J | Ernährungsberatung | N | J | N | J |
| Rehabilitationssport/Funktionstraining | N | J | N | J | Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen | N | J | N | J |
| Patientenschulung | N | J | N | J | Medizinische Vorsorgeleistungen | N | J | N | J |

F. Sonstiges

_____ Durchgeführt N J Aussichtsreich N J

_____ N J N J

VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

N J

Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation

N J

Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität

N J

Der Patient ist motivierbar

N J

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

Verbindliches Muster

B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

Freigabe 14.03.2008

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

C. Heilmittel

| | In den letzten 12 Monaten erfolgt | | Anzahl | Aussichtsreich | | | In den letzten 12 Monaten erfolgt | | Anzahl | Aussichtsreich | |
|--|-----------------------------------|---|--------|----------------|---|---|-----------------------------------|---|--------|----------------|---|
| | N | J | | N | J | | N | J | | N | J |
| Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage) | N | J | | N | J | Wärme-/Kältetherapie | N | J | | N | J |
| Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie) | N | J | | N | J | Standardisierte Heilmittelkombinationen | N | J | | N | J |
| Traktionsbehandlung | N | J | | N | J | Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie | N | J | | N | J |
| Elektrotherapie | N | J | | N | J | Ergotherapie | N | J | | N | J |
| Inhalation | N | J | | N | J | | | | | | |

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung _____

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? _____

| Verordnet | Aussichtsreich |
|-----------|----------------|
| N J | N J |

E. Andere Maßnahmen

Psychotherapie

Rehabilitationssport/Funktionstraining

Patientenschulung

| Durchgeführt | Aussichtsreich |
|--------------|----------------|
| N J | N J |
| N J | N J |
| N J | N J |

Ernährungsberatung

Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen

Medizinische Vorsorgeleistungen

| Durchgeführt | Aussichtsreich |
|--------------|----------------|
| N J | N J |
| N J | N J |
| N J | N J |

F. Sonstiges

| Durchgeführt | Aussichtsreich |
|--------------|----------------|
| N J | N J |
| N J | N J |

VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

| | |
|---|---|
| N | J |
| N | J |

Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation

| | |
|---|---|
| N | J |
| N | J |

Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität

Der Patient ist motivierbar

| | |
|---|---|
| N | J |
| N | J |

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Verbindliches Muster

Freigabe 14.03.2008

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen

| | |
|---|---|
| N | J |
| N | J |

Kontextfaktoren

| | |
|---|---|
| N | J |
| N | J |

Aktivitäten und Teilhabe

Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

IX. Sonstige Angaben

A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

| |
|--|
| |
| |
| |

B. Reisefähigkeitöffentliche Verkehrsmittel ausreichend PKW erforderlich Krankentransport erforderlich

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

Begründung

| | |
|---|---|
| N | J |
|---|---|

| |
|--|
| |
| |

D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?

| | |
|---|---|
| N | J |
| N | J |

E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?

X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitationsformambulante Rehabilitation stationäre Rehabilitation **B. Inhaltliche Schwerpunkte**

| |
|--|
| |
| |
| |

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

| |
|--|
| |
| |
| |

D. Vorliegende Befundberichte

weil

sind beigefügt sind nicht beigefügt

| |
|--|
| |
|--|

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummerdurch die Krankenkasse durch den MDK **F. Besondere Hinweise**

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Für das Ausstellen dieser Verordnung ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Freigabe 14.03.2008

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen

| | |
|---|---|
| N | J |
| N | J |

Kontextfaktoren

| | |
|---|---|
| N | J |
| N | J |

Aktivitäten und Teilhabe

Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

IX. Sonstige Angaben

A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

B. Reisefähigkeitöffentliche Verkehrsmittel ausreichend PKW erforderlich Krankentransport erforderlich

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

Begründung

| | |
|---|---|
| N | J |
|---|---|

D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?

| | |
|---|---|
| N | J |
| N | J |

E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?

X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitationsformambulante Rehabilitation stationäre Rehabilitation **B. Inhaltliche Schwerpunkte**

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

D. Vorliegende Befundberichte

weil

sind beigefügt sind nicht beigefügt

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer

 durch die Krankenkasse

 durch den MDK
F. Besondere Hinweise

Für das Ausstellen dieser Verordnung ist die
Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt

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

Erstverordnung Folgeverordnung
 Unfall Unfallfolgen

vom

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

 bis

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

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

Komplexes Symptomgeschehen

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen |

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapieresistente Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

Folgende Maßnahmen sind notwendig

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes | <input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
| | <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft | |
| | <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen | |

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

Additiv unterstützende Teilversorgung Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 40860, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 40862 berechnungsfähig.

Antrag des Versicherten

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

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Datum

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

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom

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

 bis

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

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Datum

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

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

in folgendem Umfang übernommen

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versichertennummer

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Geburtsdatum

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

Datum

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

Freigabe 07.05.2009

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

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

Erstverordnung Folgeverordnung

Unfall Unfallfolgen

vom

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

 bis

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

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

Komplexes Symptomgeschehen

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen |

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

Folgende Maßnahmen sind notwendig

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes | <input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
| | <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft | |
| | <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen | |

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

Additiv unterstützende Teilversorgung Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 40860, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 40862 berechnungsfähig.

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer

Antrag des Versicherten

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

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Datum

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

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom

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

 bis

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

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Datum

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

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

in folgendem Umfang übernommen

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versichertennummer

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Geburtsdatum

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

Datum

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

Freigabe 07.05.2009

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

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

Erstverordnung Folgeverordnung
 Unfall Unfallfolgen

vom bis

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

Komplexes Symptomgeschehen

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen |

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

Folgende Maßnahmen sind notwendig

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes | <input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
| | <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft | |
| | <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen | |

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

Additiv unterstützende Teilversorgung Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 40860, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 40862 berechnungsfähig.

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer – der Abrechnung beizufügen

Antrag des Versicherten

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

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Datum

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

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom

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

 bis

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

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Datum

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

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

in folgendem Umfang übernommen

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versichertennummer

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Geburtsdatum

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

Datum

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

Freigabe 07.05.2009

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

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

Erstverordnung Folgeverordnung

Unfall Unfallfolgen

vom

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

 bis

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

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) _____

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

Komplexes Symptomgeschehen

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen |

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____

Folgende Maßnahmen sind notwendig

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes | <input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
| | <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft | |
| | <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen | |

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung | <input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung |
|--|--|

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV



Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 40860, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 40862 berechnungsfähig.

Behandlungsplan

für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

I Indikation(en)

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung

| |
|--|
| |
| |

II Geplante Behandlungsmaßnahme

- Insemination im Spontanzklus (gemäß Nr. 10.1)
- Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)
- In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)
- Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)

Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)

| |
|--|
| |
|--|

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

Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar. Bitte von Hand ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden (auch auf dem Durchschlag).

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

III Kostenschätzung

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.

a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

| | |
|---|-------------|
| ♀ | |
| ♂ | |
| Summe Ärztliche Behandlung (Euro) | ♀ ♂ |
| Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro) | ♀ ♂ |
| Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro) | ♀ ♂ |
| Ort | Datum |
| | T T M M J J |

b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

| | |
|---|--------|
| ♀ | |
| ♂ | |
| Summe Ärztliche Behandlung (Euro) | ♀ ♂ |
| Medikamentenkosten (Euro) | ♀ ♂ |
| Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro) | ♀ ♂ |
| Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro) | ♀ ♂ |

| |
|--|
| |
|--|

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Bei einer Genehmigung für 3 IVF- oder ICSI-Zyklen steht der 3. IVF- oder ICSI-Zyklus unter dem Vorbehalt, dass in einem von 2 Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzklus kann die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt werden.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro – erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Bei Änderung der Behandlungsmethode (siehe Abschnitt II) sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.

Original nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum T T M M J J

| |
|--|
| |
|--|

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum T T M M J J

| |
|--|
| |
|--|

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

Behandlungsplan

für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

I Indikation(en)

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung

| |
|--|
| |
| |

II Geplante Behandlungsmaßnahme

- Insemination im Spontanzklus (gemäß Nr. 10.1)
- Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)
- In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)
- Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)

Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)

| |
|--|
| |
|--|

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

Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar. Bitte von Hand ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden.

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

III Kostenschätzung

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenpanne in Euro anzugeben.

a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Summe Ärztliche Behandlung (Euro) |  <input type="text"/>  <input type="text"/> | | | | | | |
| Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro) |  <input type="text"/>  <input type="text"/> | | | | | | |
| Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro) |  <input type="text"/>  <input type="text"/> | | | | | | |
| Ort | Datum | | | | | | |
| <input type="text"/> | <table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> | T | T | M | M | J | J |
| T | T | M | M | J | J | | |

b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Summe Ärztliche Behandlung (Euro) |  <input type="text"/>  <input type="text"/> | | | | | | |
| Medikamentenkosten (Euro) |  <input type="text"/>  <input type="text"/> | | | | | | |
| Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro) |  <input type="text"/>  <input type="text"/> | | | | | | |
| Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro) |  <input type="text"/>  <input type="text"/> | | | | | | |
| Ort | Datum | | | | | | |
| <input type="text"/> | <table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> | T | T | M | M | J | J |
| T | T | M | M | J | J | | |

| |
|---|
| |
| Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes |

IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Bei einer Genehmigung für 3 IVF- oder ICSI-Zyklen steht der 3. IVF- oder ICSI-Zyklus unter dem Vorbehalt, dass in einem von 2 Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzklus kann die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt werden.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro – erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Bei Änderung der Behandlungsmethode (siehe Abschnitt II) sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.

| |
|--|
| Durchschlag für die Kassenärztliche Vereinigung |
|--|

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei)  | | | | | | |
| Ort <input type="text"/> Datum <table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> | T | T | M | M | J | J |
| T | T | M | M | J | J | |

| |
|---|
| |
| Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag |

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei)  | | | | | | |
| Ort <input type="text"/> Datum <table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> | T | T | M | M | J | J |
| T | T | M | M | J | J | |

| |
|---|
| |
| Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag |

Verbindliches Muster

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

Das folgende Personalfeld ist an dieser Stelle nicht bedruckbar. Bitte von Hand ausfüllen oder Personalfeldaufkleber verwenden (auch auf dem Durchschlag).

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

zum Behandlungsplan vom

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

 für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

I Indikation(en)

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung

| |
|--|
| |
| |

II Geplante Behandlungsmaßnahme

- Insemination im Spontanzklus (gemäß Nr. 10.1)
- Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)
- In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)
- Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)

Anzahl und Art bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)

| |
|--|
| |
|--|

III Kostenschätzung

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.

a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Summe Ärztliche Behandlung (Euro) | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro) | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro) | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Ort | Datum | | | | | | |
| <input type="text"/> | <table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> | T | T | M | M | J | J |
| T | T | M | M | J | J | | |

b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Summe Ärztliche Behandlung (Euro) | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Medikamentenkosten (Euro) | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro) | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro) | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Ort | Datum | | | | | | |
| <input type="text"/> | <table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> | T | T | M | M | J | J |
| T | T | M | M | J | J | | |

| |
|--|
| |
|--|

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Genehmigung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen (einschließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, die jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro – erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung sowie bei Änderung der Behandlungsmethode ist ein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen.

Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum

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

| |
|--|
| |
|--|

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum

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

| |
|-----------------------------|
| Verbindliches Muster |
|-----------------------------|

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

Freigabe 07.05.2009

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Erstantrag besondere Arzneimitteltherapie

Verordnung von _____ **haltigen Arzneimitteln**
Bitte Wirkstoff angeben

behandelnder Arzt
 Name _____

Anschrift _____

Arzt für besondere Arzneimitteltherapie
 Name _____

Anschrift _____

Einverständnis der Patientin/des Patienten liegt vor

Patientenangaben Größe/cm Gewicht/kg Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

1. Welche Diagnose der PAH liegt vor und wie ist sie gesichert? _____

1.1 Seit wann besteht die PAH?

Welche weiteren Erkrankungen liegen vor? _____

1.2 Welche Medikation wurde in den letzten Jahren für die PAH verordnet? _____

Wurde die Therapie geändert? nein ja Warum? _____

1.3 Wurden schon Ambrisentan, Bosentan, Iloprost, Sildenafil, Sitaxentan oder Treprostinil verordnet?

| Medikament | Zeitraum | Dosis | Medikament | Zeitraum | Dosis |
|------------|---------------------|-------|------------|---------------------|-------|
| _____ | von _____ bis _____ | _____ | _____ | von _____ bis _____ | _____ |
| _____ | von _____ bis _____ | _____ | _____ | von _____ bis _____ | _____ |

Welche Therapieeffekte wurden erzielt? _____

1.4 Wie ist die derzeitige Medikation (bzgl. PAH und weiteren Erkrankungen)? _____

1.5 Wie schwer ist die PAH ausgeprägt? Siehe Befunde zu *Bitte ankreuzen und Befunde als Anlage in Kopie beifügen*

SvO₂ pulmonalarterielle Hämodynamik (z.B. PAR, PAP) Echokardiographie Klinik (z.B. 6-MWD)

1.6 Wurde eine pharmakologische Testung mittels einer Rechtsherzkatheteruntersuchung durchgeführt?

nein ja Änderten sich die Werte? nein ja Wie? _____

2. Wie soll _____ verordnet werden? *Bitte Wirkstoff angeben*

Dosis _____

falls Kombinationstherapie: mit _____ Dosis _____

3. Ist die Patientin/der Patient zur Lungentransplantation vorgesehen?

ja nein

Datum



Für den Erstantrag (Muster 71a) ist die Kostenpauschale 40865 berechnungsfähig.

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

Verordnung von _____ **haltigen Arzneimitteln**
Bitte Wirkstoff angeben

behandelnder Arzt
 Name _____

Anschrift _____

Arzt für besondere Arzneimitteltherapie
 Name _____

Anschrift _____

Erstantrag vom

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

Erstmalige Verordnung des Arzneimittels wird empfohlen ab

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

- Die Verordnung des Arzneimittels ist zweckmäßig und wirtschaftlich (**positive** Beurteilung).
- Die Verordnung des Arzneimittels ist nicht zweckmäßig (**negative** Beurteilung).
- Die Verordnung des Arzneimittels ist zweckmäßig, aber nicht wirtschaftlich (**negative** Beurteilung).
Bitte Angabe von wirtschaftlichen Therapiealternativen in der Begründung.
- Die Verordnung des Arzneimittels erfolgt nicht gemäß der Fachinformation.
Das Verfahren zur Verordnung besonderer Arzneimittel ist für die Off-Label-Anwendung nicht vorgesehen.

Begründung

weitere Hinweise

Für die Antwort des Arztes für besondere Arzneimitteltherapie (Muster 71b und 71c) ist die Kostenpauschale 40867 berechnungsfähig.

Datum

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



**Antwort des Arztes für besondere Arzneimittel
an die Krankenkasse**

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

Verordnung von _____ haltigen Arzneimitteln

Bitte Wirkstoff angeben

behandelnder Arzt
Name

Anschrift

Arzt für besondere Arzneimitteltherapie
Name

Anschrift

Erstantrag

Positive Beurteilung

Negative Beurteilung

Datum

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

Verbindliches Muster

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

Freigabe 07.05.2009

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

| | | |
|---------------------|------------------|--------|
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

**Weiterverordnung/Folgeantrag
besondere Arzneimitteltherapie**

71A

Verordnung von _____ **haltigen Arzneimitteln**
Bitte Wirkstoff angeben

behandelnder Arzt _____
Name _____

Anschrift _____

Arzt für besondere Arzneimitteltherapie _____
Name _____

Anschrift _____

Erstmalige Verordnung des Arzneimittels am

T T M M J J

Wie hat sich der Krankheitsverlauf (PAH) seit der letzten Abstimmung entwickelt? *Bitte Befunde als Anlage in Kopie beifügen*

SvO₂ _____

pulmonalarterielle Hämodynamik (z.B. PAR, PAP) _____

Echokardiographie _____

Klinik (z.B. 6-MWD) _____

Welche Medikamente nimmt die Patientin/der Patient derzeit ein? *Bitte Medikationsliste als Anlage in Kopie beifügen*

| Medikament(e) | Dosierung | Medikament(e) | Dosierung |
|---------------|-----------|---------------|-----------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Begründung für Therapieänderungen _____

Sind unerwünschte Wirkungen eingetreten?

nein ja Welche? _____

Wann? _____ Ausprägung _____

Sind in der Zwischenzeit weitere Erkrankungen oder klinische Auffälligkeiten aufgetreten?

nein ja Welche? _____

Wann? _____ Ausprägung _____

Bei Verordnung von ilprosthaltigen Arzneimitteln

Welches Inhalationssystem wird verwendet? _____

Wurde es gewechselt? nein ja

Welches wurde vorher verwendet? _____

Ist die Patientin/der Patient zur Lungentransplantation vorgesehen?

ja nein

Für den Folgeantrag (Muster 71Aa) ist die Kostenpauschale 40866 berechnungsfähig.

T T M M J J

Datum



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

Verordnung von _____ **haltigen Arzneimitteln**
Bitte Wirkstoff angeben

behandelnder Arzt
 Name _____

Anschrift _____

Arzt für besondere Arzneimitteltherapie
 Name _____

Anschrift _____

Folgeantrag vom

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

- Die Verordnung des Arzneimittels ist zweckmäßig und wirtschaftlich (**positive** Beurteilung).
- Die Verordnung des Arzneimittels ist nicht zweckmäßig (**negative** Beurteilung).
- Die Verordnung des Arzneimittels ist zweckmäßig, aber nicht wirtschaftlich (**negative** Beurteilung).
Bitte Angabe von wirtschaftlichen Therapiealternativen in der Begründung.
- Die Verordnung des Arzneimittels erfolgt nicht gemäß der Fachinformation.
Das Verfahren zur Verordnung besonderer Arzneimittel ist für die Off-Label-Anwendung nicht vorgesehen.

Begründung

weitere Hinweise

Für die Antwort des Arztes für besondere
Arzneimitteltherapie (Muster 71Ab und 71Ac) ist
die Kostenpauschale 40867 berechnungsfähig.

Datum

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

Verbindliches Muster

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Freigabe 07.05.2009

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Antwort des Arztes für besondere Arzneimittel an die Krankenkasse **71A**

Verordnung von _____ **haltigen Arzneimitteln**

Bitte Wirkstoff angeben

behandelnder Arzt

Name

Anschrift

Arzt für besondere Arzneimitteltherapie

Name

Anschrift

Folgeantrag

Positive Beurteilung

Negative Beurteilung

Datum

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

Verbindliches Muster

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten

80

Der Behandlungsanspruch wurde nachgewiesen durch

Europäische Kranken-
versicherungskarte

Bescheinigung als provisorischer Ersatz für
die Europäische Krankenversicherungskarte

Durchreise

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Straße, Hausnummer

Herkunftsland
(Länderkennzeichen)

PLZ Ort
| | | | | |

Patient (diese Ziffern beziehen sich auf die Datenfelder der Karte bzw. des Scheins)

3 Name

4 Vorname

5 Geburtsdatum

T T M M J J

6 Persönliche Kennnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

7 Kennnummer des Trägers

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | |

8 Kennnummer der Karte

9 Ablaufdatum

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | T T M M J J

Zusätzliche Angaben bei provisorischer Ersatzbescheinigung

Gültigkeitsdauer
der Bescheinigung vom T T M M J J bis T T M M J J

Ausgabedatum
der Bescheinigung T T M M J J

Die Identität des Patienten wurde nachgewiesen durch

Personalausweis Reisepass

Nummer des Ausweises/des Passes

Ausstellungsdatum
T T M M J J

Ausfertigung für die Krankenkasse

Freigabe 07.02.2006

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Erklärung

81

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten,
die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung
vorlegen

Deutsch

Datum

Ich bestätige, dass ich beabsichtige, mich bis zum
in Deutschland aufzuhalten und nicht zum Zweck der Behandlung eingereist bin.

Englisch

Date

I confirm that I intend to stay in Germany until
and did not enter the country for the purpose of treatment.

Französisch

Date

Je confirme avoir l'intention de séjourner en Allemagne jusqu'au
et de ne pas m'y être rendu(e) dans le but d'y recevoir des soins.

Spanisch

Fecha

Confirmando que tengo la intención de permanecer en Alemania hasta el
y que la entrada a este país no tenía la finalidad de someterme al tratamiento en cuestión.

Italienisch

Data

Confermo di avere intenzione di trattenermi in Germania fino al
e di non essermici recato per sottopormi a trattamento.

Griechisch

Ημερομηνία

Βεβαιώνω ότι έχω σκοπό να παραμείνω μέχρι τις
στη Γερμανία, και ότι δεν έχω ταξιδέψει με σκοπό τη Θεραπευτική μου αγωγή.

Polnisch

Data

Potwierdzam, że zamierzam przebywać w Niemczech do dnia
i nie przyjechałem(am) do Niemiec w celu poddania się leczeniu.

Tschechisch

Datum

Potvrzují, že se hodlám zdržovat až do
v Německu a že jsem nepřicestoval/a za účelem ošetření.

Name, Vorname des Versicherten

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse

Anschrift des Versicherten im Heimatstaat

Ausstellungsdatum

Freigabe 05.05.2008

Unterschrift des Patienten

Verbindliches Muster

Erklärung

81

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten,
die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung
vorlegen

Deutsch

Datum

Ich bestätige, dass ich beabsichtige, mich bis zum
in Deutschland aufzuhalten und nicht zum Zweck der Behandlung eingereist bin.

Englisch

Date

I confirm that I intend to stay in Germany until
and did not enter the country for the purpose of treatment.

Französisch

Date

Je confirme avoir l'intention de séjourner en Allemagne jusqu'au
et de ne pas m'y être rendu(e) dans le but d'y recevoir des soins.

Spanisch

Fecha

Confirmando que tengo la intención de permanecer en Alemania hasta el
y que la entrada a este país no tenía la finalidad de someterme al tratamiento en cuestión.

Italienisch

Data

Confermo di avere intenzione di trattenermi in Germania fino al
e di non essermici recato per sottopormi a trattamento.

Griechisch

Ημερομηνία

Βεβαιώνω ότι έχω σκοπό να παραμείνω μέχρι τις
στη Γερμανία, και ότι δεν έχω ταξιδέψει με σκοπό τη Θεραπευτική μου αγωγή.

Polnisch

Data

Potwierdzam, że zamierzam przebywać w Niemczech do dnia
i nie przyjechałem(am) do Niemiec w celu poddania się leczeniu.

Tschechisch

Datum

Potvrzují, že se hodlám zdržovat až do
v Německu a že jsem nepřicestoval/a za účelem ošetření.

Name, Vorname des Versicherten

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse

Anschrift des Versicherten im Heimatstaat

Ausstellungsdatum

Freigabe 05.05.2008

Unterschrift des Patienten

Verbindliches Muster

Freigabe 06.02.2009

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.



Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Beleg

99

**über die Zahlung gemäß
§ 28 Absatz 4 SGB V**

für das Quartal



**Die/Der oben genannte Versicherte
hat die Zuzahlung gemäß § 28 Absatz 4 SGB V
in Höhe von 10 Euro
für das oben genannte Quartal
heute entrichtet**

**Zur eventuellen Wiedervorlage
bitte unbedingt aufbewahren!**

Ausstellungsdatum



Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift

Freigabe 06.02.2009

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.



Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Beleg

99A

**über die Zahlung gemäß
§ 28 Absatz 4 SGB V**

für das Quartal



**Die/Der oben genannte Versicherte
hat die Zuzahlung gemäß § 28 Absatz 4 SGB V
in Höhe von 10 Euro
für das oben genannte Quartal
heute entrichtet**

Ausstellungsdatum



**Zur eventuellen Wiedervorlage
bitte unbedingt aufbewahren!**

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift