

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Diagnose

Belegarzt-
behandlung

Notfall

Unfall,
UnfallfolgenVersorgungs-
leiden (BVG)

Nächstreichbare, 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 01.09.2014

Verbindliches Muster

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

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

<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Diagnose

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!

Untersuchungsergebnisse _____

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____

Mitgegebene Befunde _____

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

<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Diagnose

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

Untersuchungsergebnisse _____

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____

Mitgegebene Befunde _____

Zeugnis über den
mutmaßlichen Tag
der Entbindung

3

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

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

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

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

Ggf. besondere Feststellungen

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

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

PLZ

--	--	--	--	--

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Kontoinhaber

IBAN

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

Geldinstitut

BIC

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

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Ich bin derzeit

beschäftigt, bei

gekündigt / befristet zum

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

Anschrift des Arbeitgebers

selbständig

arbeitslos

Künstlerin / Publizistin

Erklärung:

Änderungen meiner Angaben teile ich der Krankenkasse umgehend mit. Sofern sich der mutmaßliche Entbindungstermin verschiebt, informiere ich meine Krankenkasse und meinen Arbeitgeber bzw. die Agentur für Arbeit.

Datum

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

Verbindliches Muster


Unterschrift der Versicherten

Freigabe 01.09.2014

**Zeugnis über den
mutmaßlichen Tag
der Entbindung**

3

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

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

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

T T M M J J

T T M M J J

Ggf. besondere Feststellungen

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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

- Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

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

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

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

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am

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

 / x pro Woche, bis voraussichtlich

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

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

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

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Abrechnungsschein

ambulante Behandlung bei belegärztlicher Behandlung Unfall, Unfallfolgen Quartal

Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie anerkannte Psychotherapie Geschlecht W M

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

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

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

Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides T T M M J J

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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>

Mutmaßlicher Tag der Entbindung

Stationäre belegärztliche Behandlung

Tag Monat Tag Monat

von bis

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum Unterschrift

Verbindliches Muster

Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten

Überweisungsschein

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

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

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Quartal:
 Geschlecht:

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

AU bis:

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Überweisung

Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen

Diagnosen/Indikation zur Psychotherapie:

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

Information für den Arzt:

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

Ausstellungsdatum

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

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

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

IK des Leistungserbringers

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

Rechnungsnummer

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

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

Belegnummer

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

Befund: Änderung um mindestens 0,5 Dioptrien ja nein

Erstversorgung Folgeversorgung

Wenn nein, wird eine Verbesserung der Sehschärfe um mindestens 20% erzielt? ja

Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (BVG)

Sehbehinderung mindestens WHO 1

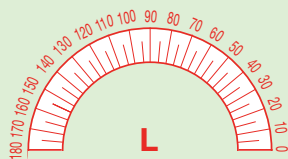
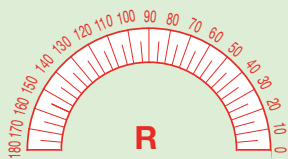
Reparatur Ersatz

Menge und Art der Verordnung:

--

Diagnose/Begründung:

							Kostenrechnung des Leistungserbringers		
		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitelabstand	10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro
F	R			°					
	L			°					
N	R			°					
	L			°					
								Rechnungsbetrag	



Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)

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

Datum

Unterschrift des Versicherten

Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

in Höhe des geltenden Festbetrages

in Höhe von _____ Euro

Datum

Verbindliches Muster

Empfangsbestätigung

_____ Glas / Gläser bzw. Kontaktlinsen

Sonstiges: _____

Datum

Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)

Bescheinigung des Leistungserbringers

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

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Datum

Freigabe 01.09.2014

Zur Beachtung für den Versicherten

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

Verordnung von 8A vergrößernden Sehhilfen

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

IK des Leistungserbringers

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

Rechnungsnummer

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

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

Belegnummer

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

Befund:

Bestkorrigierter Fernvisus rechts Bestkorrigierter Fernvisus links

Sehbehinderung mindestens WHO 1 mit Brille Kontaktlinsen

Erstversorgung Folgeversorgung

Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (BVG)

Vergrößerungsbedarf fach

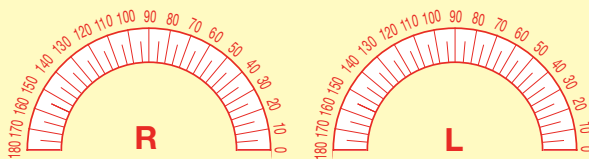
Reparatur Ersatz

Menge und Art der Verordnung:

--

Diagnose/Begründung:

							Kostenrechnung des Leistungserbringers		
		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitelabstand	10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro
F	R			°					
	L			°					
N	R			°					
	L			°					
Rechnungsbetrag									



Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)

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

Datum

Unterschrift des Versicherten

Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

in Höhe des geltenden Festbetrages

in Höhe von _____ Euro

Datum

Empfangsbestätigung

_____ vergrößernde Sehhilfen

Datum

Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)

Bescheinigung des Leistungserbringers

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

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Datum

Verbindliches Muster

Freigabe 01.09.2014

Zur Beachtung für den Versicherten

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

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

Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes

9

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

1. Frühgeburt, geboren am

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

- a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm
- b) Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, es besteht jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen oder verfrühter Beendigung der Schwangerschaft
- c) Totgeburt ab 500 Gramm oder ab 24. Schwangerschaftswoche jeweils mit Anzeichen nach a) oder b)

2. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

- Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor
Bitte Rückseite ausfüllen!

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Wird die Verlängerung des Mutterschaftsgeldes aufgrund einer Behinderung des Kindes beantragt, sind folgende Angaben von der Versicherten **vor der Weitergabe der Bescheinigung an die Krankenkasse** einzutragen:

Hiermit beantrage ich die Auszahlung des verlängerten Mutterschaftsgeldes.
(Die Angaben sind nur erforderlich, wenn die Daten von der Vorderseite abweichen.)

Name, Vorname der Versicherten

Geburtsdatum

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

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Wohnort

Freigabe 21.01.2019

--	--	--	--	--

Erklärung

Für Arbeitnehmerinnen:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse meinen Arbeitgeber über die Auszahlung des verlängerten Mutterschaftsgeldes informiert.

Für Bezieherinnen von Arbeitslosengeld:

Ich informiere die Agentur für Arbeit über die verlängerte Mutterschaftsgeldzahlung.

Datum

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

Verbindliches Muster

Unterschrift der Versicherten

Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung



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

Kurativ
 Präventiv
 bei belegärztl. Behandlung
 Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

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

Quartal

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

Abnahmedatum

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

Abnahmezeit

h	h	m	m
---	---	---	---

SSW

--	--

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion
 eingeschänkter Leistungsanspruch

Behandlung gemäß § 116b SGB V
 gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

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

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

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

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Verbindliches Muster

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Anforderungsschein für Laboratoriums- untersuchungen bei Laborgemeinschaften



Kurativ

Präventiv

bei belegärztl.
Behandlung

Unfall,
Unfallfolgen

Knappschafts-
kennziffer

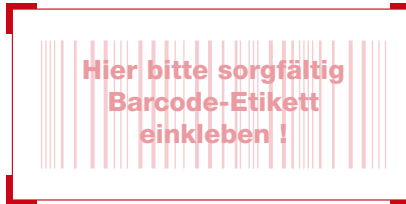
--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht

--

SSW

--	--



Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen

Abnahmedatum

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

Abnahmezeit

h	h	m	m
---	---	---	---

<input type="checkbox"/> Befund eilt	1	Serum / Plasma / Vollblut				Urin			
EDTA-Blut		<input type="checkbox"/> alkalische Phosphatase	13	<input type="checkbox"/> Gamma GT	27	<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	42	<input type="checkbox"/> Status	55
<input type="checkbox"/> großes Blutbild	2			<input type="checkbox"/> Glukose	28	<input type="checkbox"/> Lipase	43	<input type="checkbox"/> Mikroalbumin	56
<input type="checkbox"/> kleines Blutbild	3	<input type="checkbox"/> Amylase	14	<input type="checkbox"/> GOT / ASAT	29	<input type="checkbox"/> Natrium	44	<input type="checkbox"/> Glukose	58
<input type="checkbox"/> HbA1c	4	<input type="checkbox"/> ASL	15	<input type="checkbox"/> GPT / ALAT	30	<input type="checkbox"/> OP-Vorbereitung (32125)	45	<input type="checkbox"/> Sediment	60
<input type="checkbox"/> Retikulozyten	5	<input type="checkbox"/> Bilirubin direkt	16	<input type="checkbox"/> Harnsäure	31			Citrat-Blut	
<input type="checkbox"/> Blutsenkung	6	<input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt	17	<input type="checkbox"/> Harnstoff	32	<input type="checkbox"/> Phosphat, anorg.	46	<input type="checkbox"/> Quick	8
Gesundheits- untersuchungen		<input type="checkbox"/> Calcium	18	<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	34	<input type="checkbox"/> Transferrin	47	<input type="checkbox"/> Quick unter Marcumar-Therapie	9
		<input type="checkbox"/> Cholesterin	19	<input type="checkbox"/> IgA	35	<input type="checkbox"/> Triglyceride	48		
<input type="checkbox"/> Harnstreifentest (32880)	62	<input type="checkbox"/> Cholinesterase	20	<input type="checkbox"/> IgG	36	<input type="checkbox"/> TSH	49	<input type="checkbox"/> Thrombinzeit	10
		<input type="checkbox"/> CK	21	<input type="checkbox"/> IgM	37				
<input type="checkbox"/> Nüchternplasma-glukose (32881)	63	<input type="checkbox"/> CRP	23	<input type="checkbox"/> Kalium	38	Glukose-Profil		<input type="checkbox"/> PTT	11
		<input type="checkbox"/> Eisen	24	<input type="checkbox"/> Kreatinin	39	<input type="checkbox"/> Glukose 1	51		
<input type="checkbox"/> Lipidprofil (32882)	64	<input type="checkbox"/> Eiweiß Elektrophorese	25	<input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance	40	<input type="checkbox"/> Glukose 2	52	<input type="checkbox"/> Sonstiges	61
		<input type="checkbox"/> Eiweiß gesamt	26	<input type="checkbox"/> LDH	41	<input type="checkbox"/> Glukose 3	53		
						<input type="checkbox"/> Glukose 4	54		



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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Eintrag nur bei Weiterüberweisung!		
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers		Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Quartal

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

Geschlecht

Abnahmedatum	Abnahmezeit
T T M M J J	h h m m

Ersttestung weitere Testung

Diagnostische Abklärung

Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend, bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in:	<input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen <i>ambulant/stationär (auch Rettungsdienste, andere humanmed. Heilberufe)</i>	<input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen <i>(z.B. Pflegeheime und -dienste, Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)</i>
<input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen <i>(z.B. Kitas, Schulen)</i>	<input type="checkbox"/> Sonstigen Einrichtungen <i>(z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)</i>



Das Einverständnis des Versicherten zum Übermitteln des Testergebnisses für Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server wurde erteilt. Dem Versicherten wurden Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt.

Daten für das Gesundheitsamt - Übermittlung gemäß Infektionsschutzgesetz

Telefonnummer des Versicherten

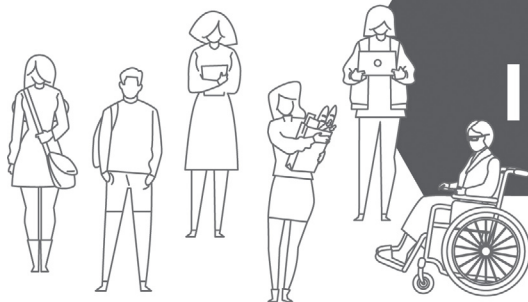
Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift über. Arzt

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

Muster 10C (1.2021)

Name, Vorname des Versicherten



Gemeinsam schnell die
INFEKTIONSKETTE
UNTERBRECHEN

Die App als Beitrag, um die Pandemie weiter einzudämmen

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

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

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

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

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



Ihre Notizen:



Scannen Sie
diesen
QR-Code

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

Bericht für den Medizinischen Dienst

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

Datum der letzten Untersuchung

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

Diagnose _____

Befunde _____

Mitbehandlung nein ja, im Fachbereich _____

Es droht eine Verschlimmerung des Leidens oder Behinderung

Besondere Hinweise _____

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

Eine Begutachtung ist voraussichtlich nach

--	--

 Tagen / Wochen möglich. (*Nichtzutreffendes streichen*)

Arbeitsfähig ab

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

Voraussichtlich arbeitsfähig ab

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

Folgendes ist mit der Bitte um Rückgabe beigelegt:

Röntgenbefund Ultraschallbefund EKG-befund

Laborbefund Arzt- oder Krankenhausbericht

Sonstiges _____

Freigabe 31.10.2014

Verbindliches Muster

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

Ausstellungsdatum

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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

--	--	--	--

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

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Unfall

vom

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

 bis

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

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

<input type="checkbox"/>	Herrichten der Medikamentenbox				
<input type="checkbox"/>	Medikamentengabe				
<input type="checkbox"/>	Injektionen	<input type="checkbox"/> herrichten	<input type="checkbox"/> intramuskulär	<input type="checkbox"/> subkutan	

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)
 bei intensivierter Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen
 Kompressionsstrümpfe ausziehen
 Kompressionsverbände anlegen
 Kompressionsverbände abnehmen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art

rechts
 links
 beidseits

Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart

Lokalisation

	aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)	aktueller Grad
--	---------------------------------------	----------------

Präparate, Verbandmaterialien

Wundversorgung akut
 Wundversorgung chronisch

Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

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

	Anzahl
--	--------

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

<input type="checkbox"/>	Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V					
<input type="checkbox"/>	Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V					
<input type="checkbox"/>	Grundpflege					
<input type="checkbox"/>	hauswirtschaftliche Versorgung					

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Weitere Hinweise

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom bis

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> in meinem Haushalt | <input type="checkbox"/> im Haushalt einer sonstigen Person | <input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen |
| <input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten | <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft | <input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform | | |

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden

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

Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Datum

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

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

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom bis

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

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

Name des Pflegedienstes

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Institutionskennzeichen Pflegedienst

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)

Telefonnummer des Pflegedienstes Fax-Nr. des Pflegedienstes

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes

Datum

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

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

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

Erstverordnung Folgeverordnung Unfall

vom bis

Behandlungspflege

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Medikamentengabe, Präparate

Herrichten der Medikamentenbox

Medikamentengabe

Injektionen herrichten intramuskulär subkutan

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)

bei intensivierter Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen rechts links beidseits

Kompressionsverbände anlegen Kompressionsstrümpfe ausziehen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art _____ Kompressionsverbände abnehmen

Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart _____

Lokalisation _____ aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) _____ aktueller Grad _____

Präparate, Verbandmaterialien _____

Wundversorgung akut Wundversorgung chronisch

Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

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

Anzahl _____

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V

Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V

Grundpflege

hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Weitere Hinweise

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Pflegedienst

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

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

vom

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

 bis

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

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

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Unfall

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

Herrichten der Medikamentenbox
 Medikamentengabe
 Injektionen herrichten intramuskulär subkutan

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)
 bei intensivierter Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen rechts links beidseits
 Kompressionsverbände anlegen Kompressionsstrümpfe ausziehen
 Stützende und stabilisierende Verbände, Art _____ Kompressionsverbände abnehmen

Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

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

Wundversorgung akut Wundversorgung chronisch
 Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

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

Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

<input type="checkbox"/> Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V <input type="checkbox"/> Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung	Häufigkeit Dauer														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>tgl.</th> <th>wtl.</th> <th>mtl.</th> <th>vom</th> <th>bis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis									
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis											

Weitere Hinweise _____

Verbindliches Muster

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

Diagnosegruppe **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog a b c **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel	

Therapiebericht **Hausbesuch** ja nein **Therapiefrequenz**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Verbindliches Muster

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

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

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers

Belegnummer

Behandlungsabbruch

Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung
von der Frequenz

Änderung in

Gruppen-
therapie Einzel-
therapie

Begründung

Verbindliches Muster

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung 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?

Rechts Links

Gehörgang normal operativ erweitert eng

Trommelfell intakt durchlöchert feucht

Ohrbefund

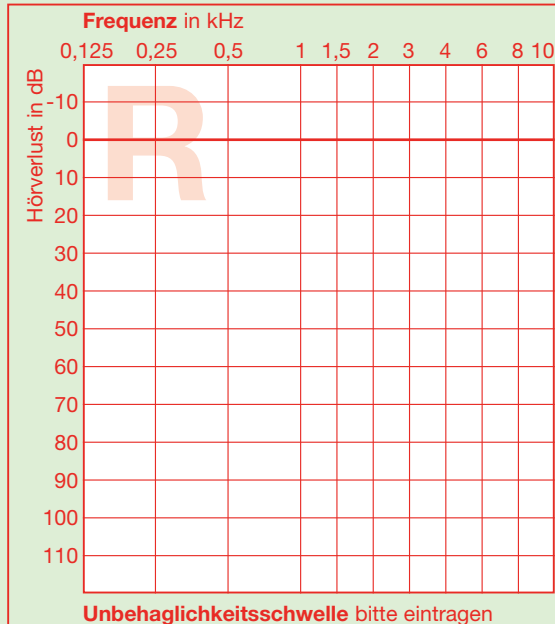
Gehörgang normal operativ erweitert eng

Trommelfell intakt durchlöchert feucht

Ohrbefund

Gehörgang normal operativ erweitert eng

Trommelfell intakt durchlöchert feucht

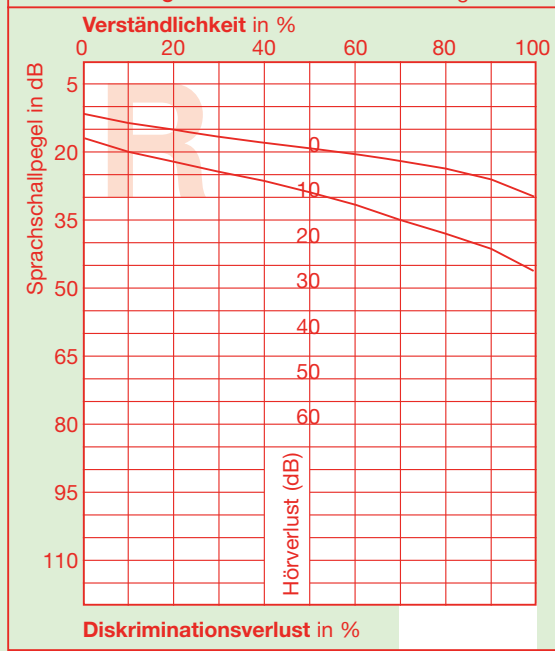
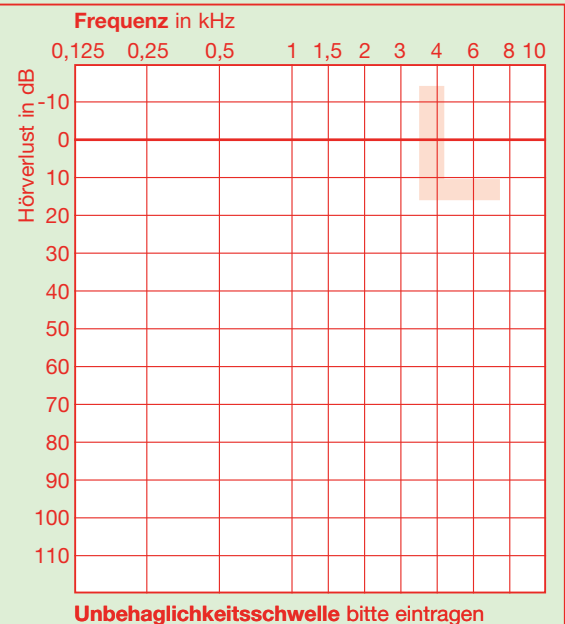


Weber bei 500 Hz

R med. L

Geräusch

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 dB



Impedanz

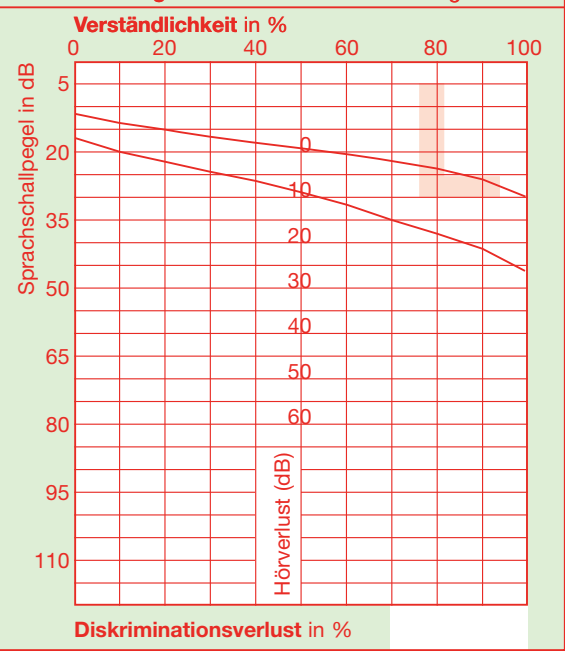
R Sondenohr L

MO-Druck mm H₂O

dB HL dB SL Stapedius-Reflex dB HL dB SL

0,5 kHz 1 kHz 2 kHz 4 kHz

Fl. Spr. (Zahlen) 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 01.09.2014

Raum für interne Vermerke der Krankenkasse

Verbindliches Muster

Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr
frei

Name, Vorname des Versicherten

Geb.-
pfl.

noctu

geb. am

Verbindliches Muster

Sonstige

Kostenträgerkennung

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 (10.2014)

**Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!**

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer

Empfangsbestätigung für Hilfsmittel

Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers
1		
2		
3		

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

Vermerke der Krankenkasse

Verbindliches Muster

Freigabe 01.09.2014

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 Euro) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.

Notfall-/Vertretungsschein

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

<input type="checkbox"/> ärztlicher Notfalldienst	<input type="checkbox"/> Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung	<input type="checkbox"/> Notfall	Quartal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen			Geschlecht	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

Befunde/Therapie

bitte auf Teil b eintragen!

Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis



Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:



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"/>
<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

Notfall-/Vertretungsschein

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

ärztlicher Notfalldienst Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung Notfall Quartal

Unfall Unfallsfolgen Geschlecht W M

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

Befunde/Therapie

Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis

Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:

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"/>
<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

Zum Verbleib beim vertretenden Arzt

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel

Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

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

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

	Stunden täglich

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

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich
<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"/>

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

nur unter folgenden Voraussetzungen

nein

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

ja

nein

Datum

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Arbeitgeber

Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

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

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

	Stunden täglich

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

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

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

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja

nur unter folgenden Voraussetzungen

nein

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

ja

nein

Datum

TTMMJJ

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für die Krankenkasse

Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

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

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

Stunden
täglich

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

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich
<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"/>

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

nur unter folgenden Voraussetzungen _____

nein

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

ja

nein

Datum

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Versicherten

Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

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

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

Stunden
täglich

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

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich
<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"/>

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

nur unter folgenden Voraussetzungen _____

nein

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

ja

nein

Datum

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Vertragsarzt

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

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

Das genannte Kind bedarf/bedurfte

vom

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

bis einschließlich

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

der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.

Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung

notwendig ja nein

Unfall ja nein

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

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

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

PLZ

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

--	--	--	--	--

Freigabe 01.09.2014

Kontoinhaber

IBAN

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

Geldinstitut

BIC

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

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

keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe

Anspruch auf Entgeltfortzahlung für Tage habe

Ich bin Alleinerziehende(r) ja nein

Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen. Krankengeld aus Anlass einer früheren Erkrankung des umseitig genannten Kindes wurde in diesem Kalenderjahr von mir

nicht für Tage bezogen

Datum

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

Verbindliches Muster

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
Kostenträgerkennung	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 anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

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

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

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

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme:

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

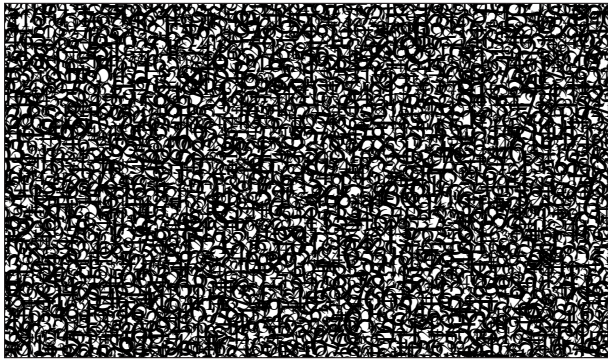
Ausstellungsdatum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Therapeuten



Konsiliarbericht

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

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 01.09.2014

Verbindliches Muster

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

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

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
Kostenträgerkennung	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 anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

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

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

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

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme:

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt

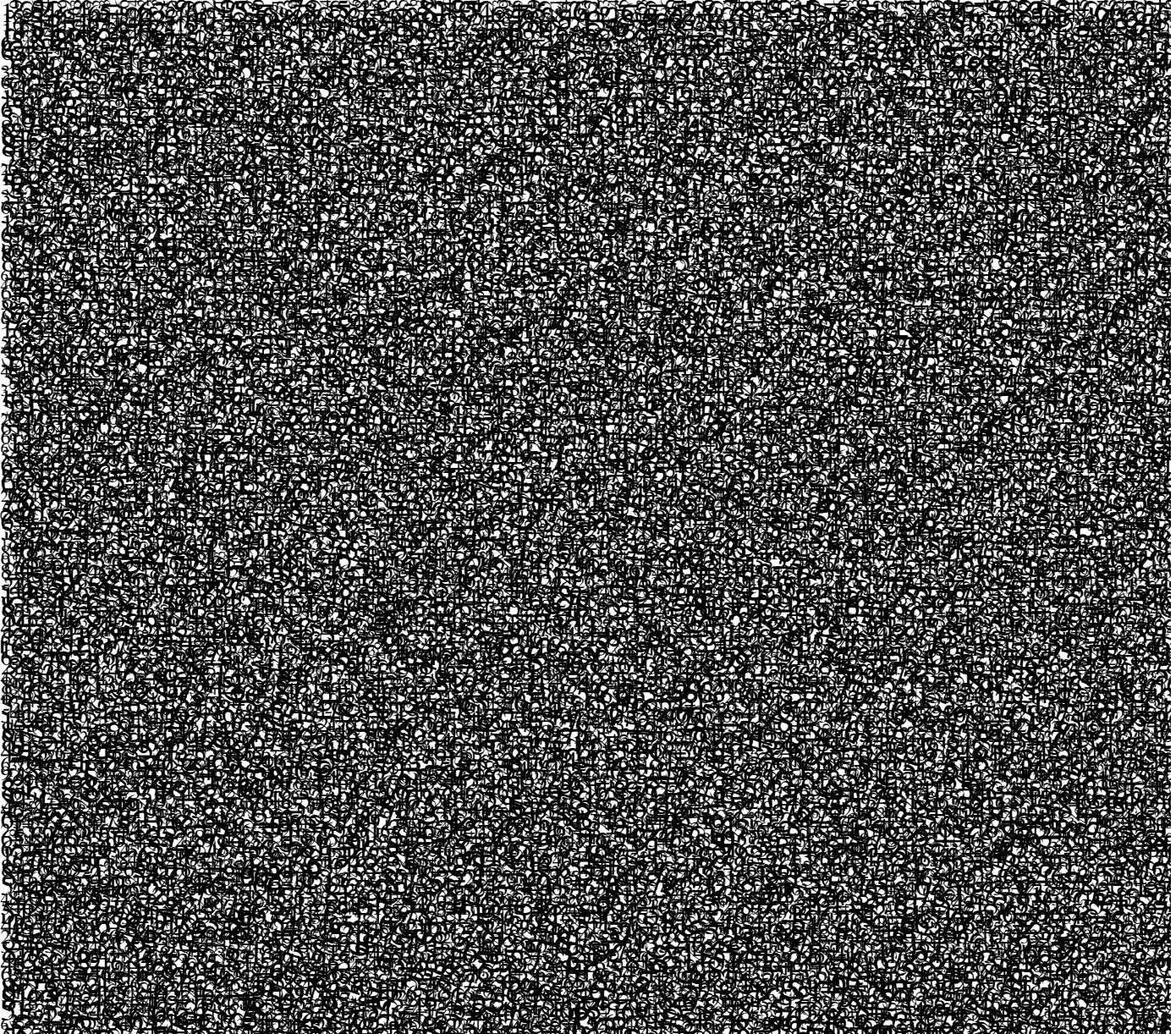
Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

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

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

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

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 rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen

Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:

Datum der letzten Untersuchung:

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

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

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

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

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

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

Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich (z.B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil

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

- nein ja, welche _____

empfohlener Kurort: _____ **Dauer:** _____ Wochen

Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur) ja nein

Ggf. weitere Bemerkungen: _____

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

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

Ort und Datum _____

gültig seit Juli 2009

verbindliches Muster

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

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

Diagnose
(ICD-10-Code)

Schweregrad
(lt. GAF-SKALA)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

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

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

Angaben des Versicherten

Straße

PLZ Ort

Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)

Angaben des nächsten Angehörigen

Name

Straße

PLZ Ort

Telefonnummer

Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name

Straße

PLZ Ort

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl
der TherapieeinheitenBeantragte Anzahl der
TherapieeinheitenVoraussichtliche Dauer
der TherapieBereits durchgeführte
Leistungen

Prognose

Krankenhausbehandlung

wird
vermiedenwird
verkürztist nicht
ausführbar

Begründung

Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist beigelegt!

Für das Ausstellen der *Erstverordnung* ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.
Für das Ausstellen der *Folgeverordnung* ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem
soziotherapeutischen Behandlungsplan der Krankenkasse vorlegen!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Diagnose
(ICD-10-Code) _____

Schweregrad
(lt. GAF-SKALA) _____

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

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

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

Angaben des Versicherten

Straße

PLZ Ort

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

Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)

Angaben des nächsten Angehörigen

Name

Straße

PLZ Ort

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

Telefonnummer

Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name

Straße

PLZ Ort

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

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl
der Therapieeinheiten _____

Beantragte Anzahl der
Therapieeinheiten _____

Voraussichtliche Dauer
der Therapie _____

Bereits durchgeführte
Leistungen _____

Prognose

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Begründung

Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!

Für das Ausstellen der *Erstverordnung* ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.
Für das Ausstellen der *Folgeverordnung* ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Diagnose
(ICD-10-Code) _____Schweregrad
(lt. GAF-SKALA) _____Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

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

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

Angaben des Versicherten

Straße

PLZ Ort

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

Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)

Angaben des nächsten Angehörigen

Name

Straße

PLZ Ort

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

Telefonnummer

Angaben zum BetreuerWurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name

Straße

PLZ Ort

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

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl
der Therapieeinheiten _____Beantragte Anzahl der
Therapieeinheiten _____Voraussichtliche Dauer
der Therapie _____Bereits durchgeführte
Leistungen _____

Prognose

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Begründung

Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!Für das Ausstellen der *Erstverordnung* ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.
Für das Ausstellen der *Folgeverordnung* ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.**Ausfertigung für den verordnenden Arzt**

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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

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

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

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

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

Ausstellungsdatum

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
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

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

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

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

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

Ausstellungsdatum

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

**Ausfertigung zum Verbleib
beim 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
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

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

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

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

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

Ausstellungsdatum

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

**Ausfertigung
zum Verbleib beim
verordnenden Arzt**

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

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten

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

Diagnose (ICD-10-Code)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Erklärung des Arztes

Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu

Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Straße

PLZ Ort

Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Psychotherapeutischer Leistungserbringer

Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

IK des Leistungserbringers

Abrechnung des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum	Leistung
<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"/>

Bemerkungen zur Abrechnung

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto

Kontoinhaber

IBAN

BIC Geldinstitut

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Diese Ausfertigung ist vom psychotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten

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

Diagnose (ICD-10-Code) _____

Erkrankung besteht seit (falls bekannt) | T | T | M | M | J | J |

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Erklärung des Arztes

Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu

Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Psychotherapeutischer Leistungserbringer

Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

IK des Leistungserbringers | | | | | | | |

Abrechnung des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum	Leistung
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	_____

Bemerkungen zur Abrechnung

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto

Kontoinhaber

IBAN

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

BIC

Geldinstitut

| | | | | | | | | | _____

Ausfertigung für den psychotherapeutischen Leistungserbringer

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

Verbindliches Muster
Stempel und Unterschrift des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten

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

Diagnose (ICD-10-Code)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

T T M M J J

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Erklärung des Arztes

Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu

Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Straße

PLZ Ort

Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.

Datum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Psychotherapeutischer Leistungserbringer

Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

IK des Leistungserbringers

Abrechnung des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum	Leistung
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	

Bemerkungen zur Abrechnung

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto

Kontoinhaber

IBAN

IBAN input field

BIC

Geldinstitut

BIC input field

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Datum

T T M M J J

Verbindliches Muster Stempel und Unterschrift des psychotherapeutischen Leistungserbringers

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

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

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressmanagement
- Suchtmittelkonsum

Sonstiges

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



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

Auftragsnummer des Labors

Alterskategorie

20-29 Jahre 30-34 Jahre ab 35 Jahre

Auftrag
(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

Primär-screening Abklärungsdiagnostik Ko-Testung (Zyt.+HPV)

Zytologie HPV-Test

Anamnese
Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt

Gruppe _____

HPV-Impfung HPV-HR-Testergebnis

vollständig liegt nicht vor

unvollständig liegt vor

keine positiv

unklar negativ

 nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein ja Welche? _____

Wann? _____

Jetzt:
Letzte Periode

Gravidität nein ja

Ausfluss / pathologische Blutung

IUP

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

Klinischer Befund unauffällig auffällig

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

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

TTMMJJ

Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

Döderleinflora Mischflora Kokkenflora

Trichomonaden Candida Gardnerella

Gruppe _____

HPV-HR-Testergebnis

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

ja nein nicht differenzierbar

negativ

nicht verwertbar

Bemerkungen

Zusammenfassende Empfehlung

zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

HPV-Test

Ko-Test

Abklärungskolposkopie

Zeitraum

in _____ Monaten

sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Auftragsnummer des Labors



Alterskategorie

20-29 Jahre 30-34 Jahre ab 35 Jahre

Auftrag
(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)

Primär-screening Abklärungsdiagnostik Ko-Testung (Zyt.+HPV)

Zytologie HPV-Test

Anamnese
Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt

Gruppe _____

HPV-Impfung HPV-HR-Testergebnis

vollständig liegt nicht vor

unvollständig liegt vor

keine positiv

unklar negativ

nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein ja Welche? _____

Wann? _____

Jetzt:

Letzte Periode

Gravidität nein ja

Ausfluss / pathologische Blutung

IUP

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

Klinischer Befund unauffällig auffällig

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

Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum

Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

Döderleinflora Mischflora Kokkenflora

Trichomonaden Candida Gardnerella

Gruppe _____

HPV-HR-Testergebnis

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

ja nein nicht differenzierbar

negativ

nicht verwertbar

Bemerkungen

Zusammenfassende Empfehlung

zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

HPV-Test

Ko-Test

Abklärungskolposkopie

Zeitraum

in _____ Monaten

sofort

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt

Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse

Sehr geehrte(r) Frau / Herr _____

Sie haben am

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

 für Frau / Herrn

Name und Vorname des Versicherten _____

Geburtsdatum

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

Anschrift des Versicherten _____

Versichertennummer

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

eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

folgende Verordnung(en) _____

eine Verordnung von Krankenhausbehandlung

ausgestellt.

Freigabe 04.08.2005

Bitte geben Sie auf der Rückseite Auskunft zu folgendem Sachverhalt:

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

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

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
Freiumschlag

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

Verbindliches Muster

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Wurde der Name und das Geburtsdatum von uns richtig wiedergegeben?

 ja nein

Wenn nein, bitte berichtigen:

Name und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

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

Hat ein Behandlungsausweis zum Zeitpunkt der Behandlung vorgelegen?

 ja nein

Name der Krankenkasse

Bei Kassenwechsel:

Name der neuen Krankenkasse

Bitte nur bei Angabe einer neuen Krankenkasse ausfüllen!

Behandlungstag

EBM-Nr.

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

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

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

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

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

Behandlungstag

EBM-Nr.

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

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

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

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

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

Ausstellungsdatum

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

Freigabe 04.08.2005

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers

Sehr geehrte(r) Frau / Herr _____

Sie haben am

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

 für Frau / Herrn

Name und Vorname des Versicherten _____

Geburtsdatum

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

Anschrift des Versicherten _____

Versichertennummer

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

eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

folgende Verordnung(en) _____

eine Verordnung von Krankenhausbehandlung
ausgestellt.

Bitte geben Sie auf der Rückseite Auskunft zu folgendem Sachverhalt:

1. Nach unseren Unterlagen liegt

ein Arbeitsunfall (auch Wegeunfall oder Berufskrankheit)

ein sonstiger Unfall (Sportunfall, häuslicher- oder Verkehrsunfall) bzw. Gewalteinwirkung
vor.

2. Es besteht möglicherweise ein ursächlicher Zusammenhang mit dem/den anerkannten Versorgungsleiden

Freigabe 08.08.2005

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

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

Verbindliches Muster

Anlage
Freiumschlag

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

zu 1. Angaben bei Arbeitsunfall / sonstigem Unfall / Drittschädigung

Wurde der Patient wegen des Unfalls oder der Schädigung überwiesen?

nein

ja, und zwar
Name des Arztes

an einen anderen Arzt

von einem anderen Arzt
Anschrift

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

ja

nein

Wenn ja, welche? (bitte genaue Bezeichnung)

Dauert die Behandlung noch an?

ja

nein

Ist mit Spätfolgen zu rechnen?

ja

nein

noch nicht absehbar

Bitte in jedem Fall ausfüllen!

Behandlungstag EBM-Nr.

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

Behandlungstag EBM-Nr.

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

zu 2. Angaben zum ursächlichen Zusammenhang mit dem Versorgungsleiden

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

ja

nein

zweifelhaft

Nur bei Arbeitsunfähigkeit / Krankenhauseinweisung!

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung / Krankenhauseinweisung war

ausschließlich / überwiegend wegen der anerkannten Schädigungsfolgen vom

T T M M J J

bis T T M M J J

überwiegend wegen anderer Leiden vom

T T M M J J

bis T T M M J J

Bitte in jedem Fall ausfüllen!

Behandlungstag EBM-Nr.

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

T T M M J J

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Freigabe 08.08.2005

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code

2. Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?

(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)

2.1 erwerbstätig als _____

2.2 Der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für Stunden pro Woche der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt.
Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? ja nein

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

nein ja, Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab

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

konservativ (ggf. wann und welche) _____

operativ (ggf. wann und welche) _____

5. Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)

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

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

keine Medizinische Rehabilitation

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

Stufenweise Wiedereingliederung Leistung zur Teilhabe am
(Gilt nicht für Arbeitslose.) Arbeitsleben

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

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

nein ja, folgende _____

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung? ja nein

9. Sonstiges / Bemerkungen zum Gesundheitszustand

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

Datum

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten

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

Ihr Patient / unser Mitglied

Name und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

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

Anschrift des Versicherten

Versichertennummer

| | | | | | | | | | |

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

arbeitsunfähig erkrankt

in stationärer Behandlung

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

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
Freiumschlag

Verbindliches Muster

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

Von der Krankenkasse auszufüllen!

I. Arbeitsunfähig vom

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

 bis

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

wegen

II. Vorher bestand Arbeitsunfähigkeit wegen vom bis behandelnder Arzt

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.

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

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

Seit

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

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

behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code

**Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben
genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich**

ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar

ja, voraussichtlich bis

M	M	J	J
---	---	---	---

nein

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Gegebenenfalls vom Versicherten auszufüllen

Wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung für den umseitig genannten Versicherten gestellt, sind KEINE weiteren Angaben erforderlich. Dies gilt auch, wenn der Antrag durch den Betreuer für den Versicherten gestellt wird.

In allen anderen Fällen (z. B. gemeinsamer Antrag über den Ehegatten) werden die nachfolgenden Angaben benötigt. Ohne diese Angaben kann die Bescheinigung nicht korrekt zugeordnet werden.

Die Bescheinigung ist bei der Krankenkasse einzureichen, bei der der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt wird/wurde.

Angaben zum antragstellenden Versicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

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

Krankenkasse

Krankenversichertennummer

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

Verbindliches Muster

Freigabe 08.07.2016

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

 für Rehabilitationssport

 für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

 Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

--

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

--

Verbindliches Muster
 erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

Empfohlene Rehabilitationssportart

 Gymnastik (auch im Wasser)
 Schwimmen
 Ausdauer- und Kraftausdauerübungen

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

Rehabilitationssport ist notwendig für

 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/>	Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	<input type="checkbox"/>	Mukoviszidose
<input type="checkbox"/>	Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)	<input type="checkbox"/>	Multipler Sklerose
<input type="checkbox"/>	Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	<input type="checkbox"/>	Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Niereninsuffizienz, terminal
<input type="checkbox"/>	Doppelamputation	<input type="checkbox"/>	Organische Hirnschädigung
<input type="checkbox"/>	Epilepsie, therapieresistent	<input type="checkbox"/>	Polyneuropathie
<input type="checkbox"/>	Infantile Zerebralparese	<input type="checkbox"/>	Querschnittlähmung, schwere Lähmung
<input type="checkbox"/>	Intelligenzminderung, mittelgradig		
<input type="checkbox"/>	Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/>	andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)

 28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

 24 Monate (Richtwert)

 Folgeverordnung mit Begründung, warum erlernte Übungen nicht oder noch nicht selbstständig durchgeführt werden können

--

Rehabilitationssport ist notwendig für Herzgruppe Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)

Erstverordnung 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

Folgeverordnung 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

nur bei Belastungsgrenze < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist

Kinderherzgruppen 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)

Rehabilitationssport

1x 2x 3x

Funktionstraining als Trockengymnastik 1x 2x 3x

Funktionstraining als Wassergymnastik 1x 2x 3x

Begründung bei insgesamt 3x

Abweichung von oben genannten Richtwerten

Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit

Datum

Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

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

Rehabilitationssports

50 Übungseinheiten /18 Monate

120 Übungseinheiten /36 Monate

Herzgruppe Herzinsuffizienzgruppe

90 Übungseinheiten /24 Monate

45 Übungseinheiten /12 Monate

120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen)

28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins

Übungseinheiten

Funktionstrainings

12 Monate

24 Monate

Monate

Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen

1x 2x 3x

für den Zeitraum vom längstens bis

Datum

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

Freigabe 09.09.2022

Verbindliches Muster

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

Freigabe 23.03.2022

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

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

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

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *	
1. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)</p> <p>1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall</p> <p>2 = Berufskrankheit</p> <p>3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)</p> <p>4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst</p> <p>5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)</p>
2. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
3. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
5. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
6. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt.**

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen

Datum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

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

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse
 Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.
Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-E ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

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

*** Mögliche Ursache der Erkrankung**
 (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen

Datum

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges _____

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Bitte vor der Beschriftung der Formulare diese Fußleiste abreißen und die 5 Einzelsätze voneinander trennen

Freigabe 23.03.2022

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

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
(z. B. *Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner*)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *	
1. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)</p> <p>1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall 2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen) 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)</p>
2. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
3. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen			
4. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
5. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
6. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

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

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)

C. Bei geriatrischer Rehabilitation
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität			Kognition			Schmerz			Herz-/Lungenfunktion		
TUG	<input style="width: 20px;" type="text"/>	sek + Chair Rise <input style="width: 20px;" type="text"/> sek	MMST	<input style="width: 20px;" type="text"/>	/ 30	Schmerzskala	<input style="width: 20px;" type="text"/>	/ 10	Ergometrie	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Watt
Handkraft	<input style="width: 20px;" type="text"/>	kg oder <input style="width: 20px;" type="text"/> kpa	GDS 15	<input style="width: 20px;" type="text"/>	/ 15				FEV1	<input style="width: 20px;" type="text"/>	% + VK <input style="width: 20px;" type="text"/> %
DEMMI	<input style="width: 20px;" type="text"/>	/ 100 Tinetti <input style="width: 20px;" type="text"/> / 28	Uhrentest	<input style="width: 20px;" type="text"/>	/ 7				NYHA-Stadium	<input style="width: 20px;" type="text"/>	

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

Verbindliches Muster

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche?

Freigabe 23.03.2022

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

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
(z. B. *Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner*)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *	
1. _____	_____	_____	<p>* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)</p> <p>1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall 2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen) 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)</p>
2. _____	_____	_____	
3. _____	_____	_____	
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen			
4. _____	_____	_____	
5. _____	_____	_____	
6. _____	_____	_____	

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

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

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)

C. Bei geriatrischer Rehabilitation
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität			Kognition			Schmerz			Herz-/Lungenfunktion		
TUG	<input type="text"/>	sek + Chair Rise <input type="text"/> sek	MMST	<input type="text"/>	/ 30	Schmerzskala	<input type="text"/>	/ 10	Ergometrie	<input type="text"/>	Watt
Handkraft	<input type="text"/>	kg oder <input type="text"/> kpa	GDS 15	<input type="text"/>	/ 15				FEV1	<input type="text"/>	% + VK <input type="text"/> %
DEMMI	<input type="text"/>	/ 100 Tinetti <input type="text"/> / 28	Uhrentest	<input type="text"/>	/ 7				NYHA-Stadium	<input type="text"/>	

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

Verbindliches Muster

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche? _____

Ausfertigung für den Vertragsarzt

F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Lebensumstände/Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

Verbindliches Muster

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel Fehlhaltung BMI Fehl-/ Mangelernährung Medikamente Nikotin

Sonstiges z.B. Suchtmittel

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Name, Vorname des Versicherten	Kostenübernahme	Versicherten-Nr.
--------------------------------	-----------------	------------------

F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Lebensumstände/Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

Verbindliches Muster

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel Fehlhaltung BMI
 Fehl-/ Mangelernährung
 Medikamente
 Nikotin
 Sonstiges z.B. Suchtmittel

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Ausfertigung für den Vertragsarzt

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant ambulant-mobil stationär

Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung

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

geriatr. Rehabilitation

C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

pflegende/r Angehörige/r andere

VII. Sonstige Angaben

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

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

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

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

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

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

Verbindliches Muster

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant ambulant-mobil stationär
 Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung

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

geriatr. Rehabilitation

C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

pflegende/r Angehörige/r andere

VII. Sonstige Angaben

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

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

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

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

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

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

Verbindliches Muster

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

A. Erteilte Einwilligungserklärungen

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

ja nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

ja nein

Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht

Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Datum

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

B. Angaben der/des Versicherten

Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname

PLZ Ort Straße, Haus-Nr.

<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
---	---	---	---	---	---	--

Name, Vorname

PLZ Ort Straße, Haus-Nr.

<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
---	---	---	---	---	---	--

Name, Vorname

PLZ Ort Straße, Haus-Nr.

<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
---	---	---	---	---	---	--

Datum

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

Verbindliches Muster

Unterschrift der oder des Versicherten
(des gesetzlichen Vertreters,
des Betreuers, des Bevollmächtigten)

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

A. Erteilte Einwilligungserklärungen

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

ja nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

ja nein

Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht

Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

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

Datum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

B. Angaben der/des Versicherten

Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname

PLZ Ort Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ Ort Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ Ort Straße, Haus-Nr.

Verbindliches Muster

Unterschrift der oder des Versicherten (des gesetzlichen Vertreters, des Betreuers, des Bevollmächtigten)

Datum

T T M M J J

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Freigabe 10.05.2022

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

Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

62A

Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

--

Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor

zur Beatmungsentwöhnung

zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

M	M	J	J
---	---	---	---

Potenzial kann perspektivisch vorliegen

zur Beatmungsentwöhnung

zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)

Potenzial liegt nicht vor

zur Beatmungsentwöhnung

zur Dekanülierung

Begründung

--

Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.

Weitere Erläuterungen

Ergebnis der Erhebung festgestellt am

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

Erneute Erhebung geplant am

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Freigabe 10.05.2022

Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

62A

Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor

zur Beatmungsentwöhnung

zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

M	M	J	J
---	---	---	---

Potenzial kann perspektivisch vorliegen

zur Beatmungsentwöhnung

zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)

Potenzial liegt nicht vor

zur Beatmungsentwöhnung

zur Dekanülierung

Begründung

Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

- Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.
- Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.

Weitere Erläuterungen

Ergebnis der Erhebung festgestellt am

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

Erneute Erhebung geplant am

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

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

Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung
(z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor

zur Beatmungsentwöhnung

zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

M	M	J	J
---	---	---	---

Potenzial kann perspektivisch vorliegen

zur Beatmungsentwöhnung

zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (*bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie*)

Potenzial liegt nicht vor

zur Beatmungsentwöhnung

zur Dekanülierung

Begründung

Maßnahmen der Therapieoptimierung (*ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung*)
sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

- Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.
- Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.

Weitere Erläuterungen

Ergebnis der Erhebung
festgestellt am

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

Erneute Erhebung
geplant am

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt

Freigabe 30.05.2022

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

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

vom bis

Voraussichtliches Entlassdatum
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

Erstverordnung Folgeverordnung Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III) Unfall

I. Klinischer Status

Beatmung, seit

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Nacht	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Nacht

Tracheostoma, seit

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	<input type="text"/>

Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz zu regelmäßigen Zeiten zu unregelmäßigen Zeiten

Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit

Bewusstseinsstörung, Art

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Nackengriff	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl <input type="checkbox"/> Schürzengriff	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> Faustschluss	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> Pinzettengriff	
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI Stunden je Tag

III. Weitere Hinweise

Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

sind weiterhin angezeigt sind nicht mehr angezeigt werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel/Unterschrift
des verordnenden Arztes

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Freigabe 30.05.2022

Antrag des Versicherten auf außerklinische Intensivpflege (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Ich beantrage außerklinische Intensivpflege für die Zeit vom

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

 bis

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

<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt	<input type="checkbox"/> im Haushalt einer sonstigen Person	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen
<input type="checkbox"/> in einer vollstationären Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/> in einer Wohneinheit
	<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	<input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung

Leistungsort

Name des Leistungortes

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Wird von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum die Übernahme von Leistungen angestrebt?

Ja, es wird die Übernahme folgender Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt:

Nein, es wird keine Übernahme von Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt.

An der Versorgung beteiligte An- und Zugehörige

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Datum

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

Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Angaben des Leistungserbringers nach § 132I Abs. 5 SGB V (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Die außerklinische Intensivpflege wird täglich in der Zeit

vom

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

 bis

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

 im Umfang von

--	--

 Stunden erbracht.

Die außerklinische Intensivpflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Leistungserbringer (§ 132I Abs. 5 SGB V)

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Institutionskennzeichen

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer Fax-Nr.

E-Mail-Adresse

Datum

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

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

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

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

vom bis

Voraussichtliches Entlassdatum
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

- Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)
 Unfall

I. Klinischer Status

Beatmung, seit

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Nacht	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Nacht

Tracheostoma, seit

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____

Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____ zu regelmäßigen Zeiten
 zu unregelmäßigen Zeiten

Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit _____

Bewusstseinsstörung, Art _____

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> Nackengriff	
			<input type="checkbox"/> Schürzengriff	
			<input type="checkbox"/> Faustschluss	
			<input type="checkbox"/> Pinzettengriff	

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI Stunden je Tag

III. Weitere Hinweise

Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

sind weiterhin angezeigt
 sind nicht mehr angezeigt
 werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

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

vom bis

Voraussichtliches Entlassdatum
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

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

Erstverordnung Folgeverordnung Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III) Unfall

I. Klinischer Status

Beatmung, seit

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Nacht	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Nacht

Tracheostoma, seit

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____

Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____ zu regelmäßigen Zeiten zu unregelmäßigen Zeiten

Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit _____

Bewusstseinsstörung, Art _____

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Nackengriff	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl <input type="checkbox"/> Schürzengriff	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> Faustschluss	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> Pinzettengriff	
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI Stunden je Tag

III. Weitere Hinweise

Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

sind weiterhin angezeigt sind nicht mehr angezeigt werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel/Unterschrift
des verordnenden Arztes

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Bedarfsmedikamente für AKI

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

Notfallmanagement

Therapieziele

MRE-Besiedelung nein ja, folgender Keim

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI Logopädie Physiotherapie Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller <input type="text"/> Innendurchmesser in mm <input type="text"/> <input type="text"/> ,	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

Absauggerät	Inhalationsgerät
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Medikament/Substanz <input type="text"/>

Dysphagiemanagement

--

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes

Beatmungsgeräteinstellungen

--

Sauerstoffinsufflation ja nein Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>

Spezielle Hygienemaßnahmen

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Verbindliches Muster

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Notfallmanagement

Therapieziele

MRE-Besiedelung nein ja, folgender Keim _____

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI Logopädie Physiotherapie Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

Absauggerät	Inhalationsgerät
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Medikament/Substanz _____

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes
Beatmungsgeräteinstellungen

Sauerstoffinsufflation ja nein Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>

Spezielle Hygienemaßnahmen _____

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Verbindliches Muster

Medizinische Behandlungsplanung (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift

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

Notfallmanagement

Therapieziele

MRE-Besiedelung nein ja, folgender Keim _____

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI Logopädie Physiotherapie Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

Absauggerät	Inhalationsgerät
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Medikament/Substanz _____

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes
Beatmungsgeräteinstellungen

Sauerstoffinsufflation ja nein Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>

Spezielle Hygienemaßnahmen _____

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Verbindliches Muster

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	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

ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik sonstiges komplexes Symptomgeschehen

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

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

Folgende Maßnahmen sind notwendig

Beratung a. des behandelnden Arztes Koordination der Palliativversorgung

b. der behandelnden Pflegefachkraft

c. des Patienten / der Angehörigen

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

Additiv unterstützende Teilversorgung Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Antrag des Versicherten

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

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

Datum

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

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom

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

 bis

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

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

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

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Datum

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

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

in folgendem Umfang übernommen

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

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

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versichertennummer

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

Geburtsdatum

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

Datum

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

Freigabe 01.09.2014

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	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 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	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



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer – der Abrechnung beizufügen

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

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	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 / exulzierende 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

Beratung a. des behandelnden Arztes Koordination der Palliativversorgung
 b. der behandelnden Pflegefachkraft
 c. des Patienten / der Angehörigen

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

Additiv unterstützende Teilversorgung Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
 Ausfertigung für den verordnenden Arzt

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

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

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

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

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren

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

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

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

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

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

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

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

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

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

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

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

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

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

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

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Ausfertigung für den Arzt

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

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

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

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

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

IV. Vorsorgeziele

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

V. Zuweisungsempfehlungen

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

Mütter-Leistung Väter-Leistung Mutter-Kind-Leistung Vater-Kind-Leistung

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungs- notwendigkeit*	Belastete Mutter-/ Vater-Kind- Beziehung	Psychosoziale Gründe/ Betreuung notwendig
1. <input type="text"/>	<input type="text"/> TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/> TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/> TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

VI. Sonstige Angaben

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

ja, folgende

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

ja, Erläuterung

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

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

--

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

TTMMJJ

Freigabe 29.03.2018

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

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

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

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

IV. Vorsorgeziele

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

V. Zuweisungsempfehlungen

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

Mütter-Leistung Väter-Leistung Mutter-Kind-Leistung Vater-Kind-Leistung

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungs- notwendigkeit*	Belastete Mutter-/ Vater-Kind- Beziehung	Psychosoziale Gründe/ Betreuung notwendig
1. _____	TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

VI. Sonstige Angaben

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

ja, folgende _____

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

ja, Erläuterung _____

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

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

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

Ausfertigung für den Arzt

Ausstellungsdatum

TTMMJJ

Freigabe 29.03.2018

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

I. Kurze Angaben zur Anamnese

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

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

B. Erkrankungen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

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

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

V. Hinweise für die Zuweisung

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

ja, folgende

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

I. Kurze Angaben zur Anamnese

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

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

B. Erkrankungen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

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

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

V. Hinweise für die Zuweisung

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

ja, folgende

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

Ausfertigung für den Arzt

Ausstellungsdatum

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Behandlungsplan

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

I Indikation(en)

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung

II Geplante Behandlungsmaßnahme

- Insemination im 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
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

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

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

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
<input type="text"/>	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

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

Verbindliches Muster

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

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

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

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)

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

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

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	<input type="text"/>				
♂	<input type="text"/>				
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>♂</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	♀	<input type="text"/>	♂	<input type="text"/>
♀	<input type="text"/>				
♂	<input type="text"/>				
Medikamentenkosten (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>♂</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	♀	<input type="text"/>	♂	<input type="text"/>
♀	<input type="text"/>				
♂	<input type="text"/>				
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>♂</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	♀	<input type="text"/>	♂	<input type="text"/>
♀	<input type="text"/>				
♂	<input type="text"/>				
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	<table border="1"> <tr><td>♀</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>♂</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	♀	<input type="text"/>	♂	<input type="text"/>
♀	<input type="text"/>				
♂	<input type="text"/>				

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**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

Verbindliches Muster

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

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)

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

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

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"/>						
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<input type="checkbox"/>						
Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	<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"/>
Medikamentenkosten (Euro)	<input type="checkbox"/>
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<input type="checkbox"/>
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	<input type="checkbox"/>

--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

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

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

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

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

Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum

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

--

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum

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

--

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

Verbindliches Muster

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

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

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

zum Behandlungsplan vom

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

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

I Indikation(en)

gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung

II Geplante Behandlungsmaßnahme

- Insemination im 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)

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

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

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

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

--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

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

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

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

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

Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigung

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum

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

--

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

für maximal Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort Datum

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

--

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auch auf dem Durchschlag

Verbindliches Muster

Krankenkasse		
Name		
Vorname		Geburtsdatum T T M M J J
Anschrift		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status

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

Quartal
gültig für Q | J | J

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

Ausstellungsdatum

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

Freigabe 01.09.2014

verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

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

Freigabe 20.12.2022



Aktenzeichen Mitteilungsmanagement (MiMa)

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Leistungsbereich

Ansprechpartner Krankenkasse

Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übermitteln wir Ihnen die für den Versicherten von der Krankenkasse angeforderte Informationen in Kopie.

Daten des Versicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ Ort

KV-Nummer

Aktenzeichen Krankenkasse