

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

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

Diagnose (ICD-10-Code) _____

Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

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

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

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

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

Angaben des Versicherten

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____

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

Angaben des nächsten Angehörigen

Name _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____

Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____

Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____

Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____

Voraussichtliche Dauer der Therapie _____

Bereits durchgeführte Leistungen _____

Prognose

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Begründung

Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!

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

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

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

Diagnose (ICD-10-Code) _____
 Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

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

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

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

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

Angaben des Versicherten

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____

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

Angaben des nächsten Angehörigen

Name _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____

Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten? _____

Name _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____

Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____ Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____

Voraussichtliche Dauer der Therapie _____ Bereits durchgeführte Leistungen _____

Prognose

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Begründung

Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist beigelegt!

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

Datum

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

Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

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

Diagnose (ICD-10-Code) _____
 Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

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

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

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

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

Angaben des Versicherten

Straße _____
 PLZ _____ Ort _____
 Telefonnummer _____
 Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____

Angaben des nächsten Angehörigen

Name _____
 Straße _____
 PLZ _____ Ort _____
 Telefonnummer _____

Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? Nein Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name _____
 Straße _____
 PLZ _____ Ort _____
 Telefonnummer _____

Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____	Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____
Voraussichtliche Dauer der Therapie _____	Bereits durchgeführte Leistungen _____

Prognose

Krankenhausbehandlung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Begründung

Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!

Für das Ausstellen der <i>Erstverordnung</i> ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der <i>Folgeverordnung</i> ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig
--

Datum

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

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes