

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

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

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

IK des Leistungserbringers

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

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

---



---



---

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_

### Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

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

Ausstellungsdatum

Datum

Unterschrift des Therapeuten

Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen

Datum

Unterschrift des Patienten

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes