Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträger1<ennung | 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 s 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 beigefügt!

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!

Datum T T M M J J

Vertragsarztstempel/ Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse