

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

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

26

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

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

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

26

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

Datum

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

Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

26

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

Datum

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

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes