Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

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

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 soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu

Name des soziotherapeutischen 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

Soziotherapeutischer 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 soziotherapeutischen 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

Diese Ausfertigung ist vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum T T M M J J

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers

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 beigefügt!

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

Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V

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

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

Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum | Unterschrift des Therapeuten

Datum | Unterschrift des Patienten