

Anlage 2a

Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung

- Vordruck-Vereinbarung Blankoformularbedruckung -

Inhaltsverzeichnis

1.	<u>ALLGEMEINES</u>	7
1.1	Verbindlichkeit	7
1.2	Beschriftung der Vordrucke	10
1.3	Die verwendeten Barcodes	10
1.4	Übersicht der eingebundenen Formulare	13
2.	<u>VORDRUCKMUSTER</u>	23
2.1	Muster 1/E: unbesetzt.....	23
2.2	Muster 2/E: Verordnung von Krankenhausbehandlung	23
2.3	Muster 3/E: Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung	27
2.4	Muster 4/E: Verordnung einer Krankenbeförderung	30
2.5	Muster 5/E: Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie	32
2.6	Muster 6/E: Überweisungsschein	34
2.7	Muster 7/E: Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen	36
2.8	Muster 8/E: Sehhilfenverordnung	38
2.8A	Muster 8A/E: Verordnung von vergrößernden Sehhilfen	40
2.9	Muster 9/E: Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes	42
2.10	Muster 10/E: Überweisungsschein für Laboratoriums-untersuchungen als Auftragsleistung	44
2.10A	Muster 10A/E: Anforderungsschein für Laboratoriums-untersuchungen bei Laborgemeinschaften	47
2.11	Muster 11/E: Bericht für den Medizinischen Dienst.....	49
2.12	Muster 12/E: Verordnung häuslicher Krankenpflege.....	51
2.13	Muster 13/E: Heilmittelverordnung	57
2.14	Muster 14/E: unbesetzt.....	60
2.15	Muster 15/E: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe	60
2.16	Muster 16: Arzneiverordnungsblatt	63

2.17	Muster 17/E: unbesetzt.....	65
2.18	Muster 18/E: unbesetzt.....	65
2.19	Muster 19/E: Notfall-/Vertretungsschein	65
2.20	Muster 20/E: Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan) ...	69
2.21	Muster 21/E: Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes.....	74
2.22	Muster 22/E: Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie.....	76
2.23	Muster 23/E: unbesetzt	81
2.24	Muster 24/E: unbesetzt	81
2.25	Muster 25/E: Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V.....	81
2.26	Muster 26/E: Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V	83
2.27	Muster 27/E: Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V	87
2.28	Muster 28/E: Verordnung bei Überweisung zur Indikations-stellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten	91
2.29	Muster 29/E: unbesetzt	95
2.30	Muster 30/E: unbesetzt	95
2.31	Muster 31/E: unbesetzt.....	95
2.32	Muster 32/E: unbesetzt.....	95
2.33	Muster 33/E: unbesetzt.....	95
2.34	Muster 34/E: unbesetzt.....	95
2.35	Muster 35/E: unbesetzt.....	95
2.36	Muster 36/E: Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V.....	96
2.37	Muster 37/E: unbesetzt.....	97
2.38	Muster 38/E: unbesetzt.....	97
2.39	Muster 39/E: Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom	98
2.40	Muster 40/E: unbesetzt.....	101
2.41	Muster 41/E: unbesetzt.....	101
2.42	Muster 42/E: unbesetzt	101

2.43	Muster 43/E: unbesetzt.....	101
2.44	Muster 44/E: unbesetzt.....	101
2.45	Muster 45/E: unbesetzt.....	101
2.46	Muster 46/E: unbesetzt.....	101
2.47	Muster 47/E: unbesetzt.....	101
2.48	Muster 48/E: unbesetzt.....	101
2.49	Muster 49/E: unbesetzt.....	101
2.50	Muster 50/E: Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Kasse	102
2.51	Muster 51/E: Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers.....	104
2.52	Muster 52/E: Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit..	106
2.53	Muster 53/E: Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeiten	108
2.54	Muster 54/E: unbesetzt.....	110
2.55	Muster 55/E: Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V.....	110
2.56	Muster 56/E: Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining	112
2.57	Muster 57/E: unbesetzt.....	115
2.58	Muster 58/E: unbesetzt.....	115
2.59	Muster 59/E: unbesetzt.....	115
2.60	Muster 60/E: unbesetzt.....	115
2.61	Muster 61/E Teil A: Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Teil B bis E: Verordnung von medizinischer Rehabilitation	116
2.62A	Muster 62A/E: Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA.....	127
2.62B	Muster 62B/E: Verordnung außerklinische Intensivpflege.....	131
2.62C	Muster 62C/E: Behandlungsplan	136
2.63	Muster 63/E: Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	140
2.64	Muster 64/E: Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V	146
2.65	Muster 65/E: Ärztliches Attest Kind.....	151
2.66	Muster 66/E: unbesetzt.....	154

2.67	Muster 67/E: unbesetzt.....	154
2.68	Muster 68/E: unbesetzt.....	154
2.69	Muster 69/E: unbesetzt.....	154
2.70	Muster 70/E: Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesaus- schusses für die hier genannten Ehegatten	155
2.70A	Muster 70A/E: Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten	158
2.71	Muster 71/E: unbesetzt.....	161
2.71A	Muster 71A/E: unbesetzt.....	161
2.72	Muster 72/E: unbesetzt.....	161
2.73	Muster 73/E: unbesetzt.....	161
2.74	Muster 74/E: unbesetzt.....	161
2.75	Muster 75/E: unbesetzt.....	161
2.76	Muster 76/E: unbesetzt.....	161
2.77	Muster 77/E: unbesetzt.....	161
2.78	Muster 78/E: unbesetzt.....	161
2.79	Muster 79/E: unbesetzt.....	161
2.80	Muster 80/E: unbesetzt.....	161
2.81	Muster 81/E: unbesetzt.....	161
2.82	Muster 82/E: unbesetzt.....	161
2.83	Muster 83/E: unbesetzt.....	161
2.84	Muster 84/E: unbesetzt.....	161
2.85	Muster 85/E: unbesetzt.....	162
2.86	Muster 86/E: unbesetzt.....	162
2.87	Muster 87/E: unbesetzt.....	162
2.88	Muster 88/E: unbesetzt.....	162
2.89	Muster 89/E: unbesetzt.....	162
2.90	Muster 90/E: unbesetzt.....	162
2.91	Muster 91/E: unbesetzt.....	162

2.92	Muster 92/E: unbesetzt.....	162
2.93	Muster 93/E: unbesetzt.....	162
2.94	Muster 94/E: unbesetzt.....	162
2.95	Muster 95/E: unbesetzt.....	162
2.96	Muster 96/E: unbesetzt.....	162
2.97	Muster 97/E: unbesetzt.....	162
2.98	Muster 98/E: unbesetzt.....	163
2.99	Muster 99/E: unbesetzt.....	163
2.99A	Muster 99A/E: unbesetzt.....	163
3.	<u>INKRAFTTRETEN UND SCHLUSSVORSCHRIFTEN</u>	164
3.1	Inkrafttreten.....	164
3.2	Kündigung.....	164
3.3	Anpassung an geänderte Verhältnisse.....	164
4.	<u>PROTOKOLLNOTIZEN</u>	165

1. Allgemeines

1.1 Verbindlichkeit

1.1.1 Diese Vereinbarung regelt die Nutzung des Verfahrens der Blankoformularbedruckung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

1.1.2 Änderungen an dieser Vereinbarung sind zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge schriftlich zu vereinbaren.

1.1.3 Das Blankoformularbedruckungsverfahren ist den Ärzten freigestellt. Für die Bedruckung freigegeben sind Laserdrucker (Non-Impact-Drucker) und Tintenstrahldrucker. Sofern Tintenstrahldrucker genutzt werden, müssen diese ein Prüfzeugnis der Papiertechnischen Stiftung (PTS) zur Herstellung von Ur-schriften von Urkunden aufweisen.

1.1.4. Die Nutzung des Blankoformularbedruckungsverfahrens ist auch durch die Krankenkassen möglich, sofern dies durch eine zertifizierte Software geschieht.

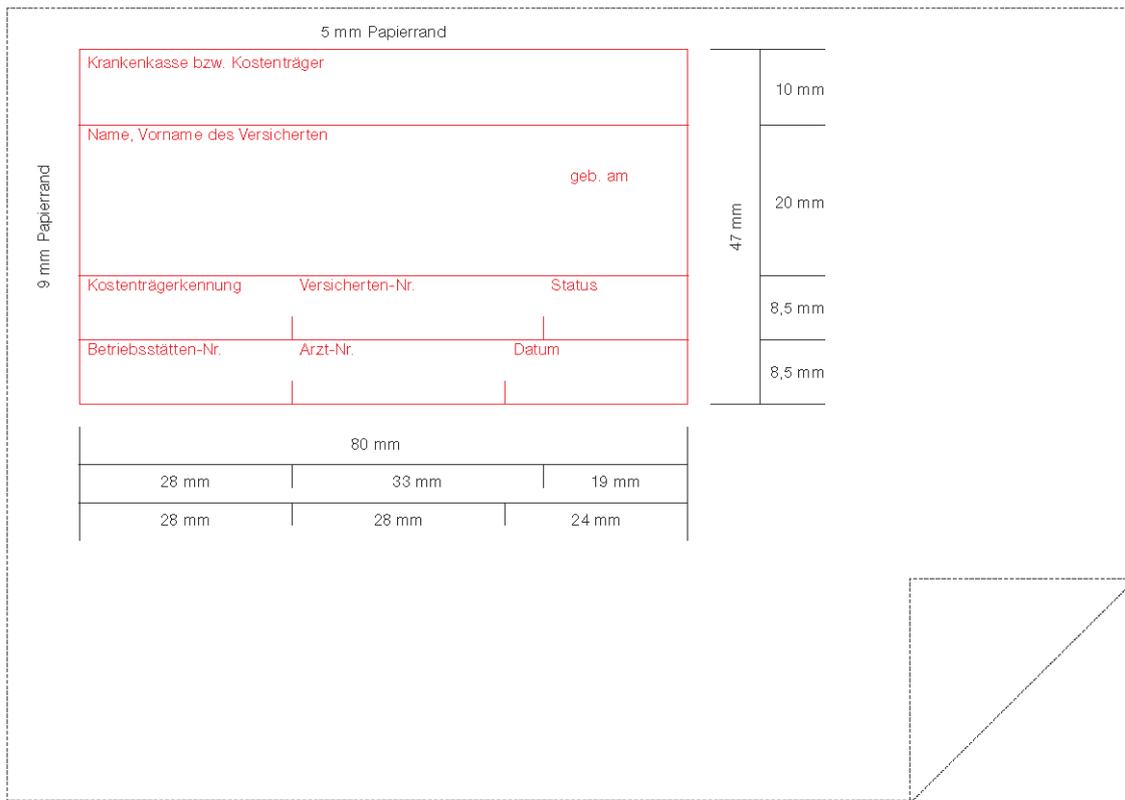
1.1.5 Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt den Softwarehäusern zeitgleich mit den Informationen über die Änderungen bestehender Formulare bzw. der Neueinführung von Formularen die entsprechenden Informationen für das Blankoformularbedruckungsverfahren. Mit der Lizenznahme verpflichtet sich das Softwarehaus zur fristgerechten Umsetzung der aktuellen Blankoformulare.

1.1.6 Im Rahmen der Nutzung des Blankoformularbedruckungsverfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung sind die als Bestandteil dieser Vereinbarung beigefügten Formular-Muster zu verwenden, sofern sich aus dieser Vereinbarung nichts anderes ergibt.

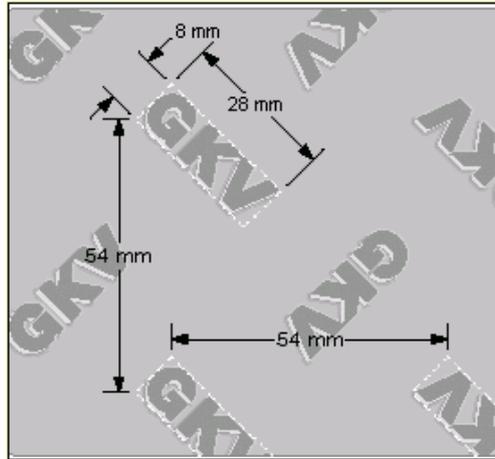
1.1.7 Bei der Herstellung der Vordrucke nach dieser Vereinbarung sind als Druckvorlage ausschließlich die verbindlichen Muster (abgebildet im jeweiligen Kapitel der Vordruck-Vereinbarungen) zu verwenden; dabei ist sicherzustellen, dass sich gegenüber den Mustern im Inhalt, in der Gestaltung, Abmessung, Druckstärke und Schriftgröße keine Abweichungen ergeben. Eine Toleranz von +/- 1 mm bei der Herstellung der Vordrucke ist einzuhalten. Die Klammer hinter der jeweiligen Nummer des Musters enthält den Monat und das Jahr des Inkrafttretens dieser Fassung.

Die Druckerei hat ihren Namen und Sitz senkrecht auf dem linken Papierrand der Sicherheitspapiere anzugeben.

- 1.1.8 Bei der Herstellung der anliegenden Muster gelten für die Anordnung und Abmessung für das Personalienfeld die nachstehenden Maße:



- 1.1.9 Für die Herstellung des Sicherheitspapiers ist tintenfestes weißes Papier in einer für die maschinelle Belegung geeigneten Qualität, d. h. in einer Papierstärke von mindestens 90 g/m^2 gemäß DIN 6723 zu verwenden.
- 1.1.10 Das Sicherheitspapier weist folgende Merkmale auf:
- 1.1.10.1 Das Sicherheitspapier wird in den Formaten DIN A5 und DIN A4, jeweils Schmalbahn, hergestellt.
- 1.1.10.2 Wasserzeichen
Das Wasserzeichen ist in der Schriftart „Helvetica Black“ – Schriftgröße 30 Punkte – gemäß des abgebildeten Musters (s. Abbildung) herzustellen. Das Wasserzeichen ist als Schriftzug „GKV“ mit folgenden Bemaßungen auszuführen (s. Abbildung):



1.1.10.3 Blindfarbenaufdruck (rot)

Dieser ist auf der Vorderseite des Sicherheitspapiers unter Verwendung der Belegleser-Farbe Rot (z.B. Zeller&Gmelin Nr. 62429) analog HKS 22 oder Pantone Warm Red aufzubringen. Die Fläche hat ringsum einen unbedruckten Rand von 2 mm und einen Rastertonwert von 15%.

Ein Referenzmuster wird zur Verfügung gestellt.

1.1.10.4 Rückseitiger UV-Aufdruck

Auf der Rückseite ist der Schriftzug „GKV“ gemäß der in 1.1.10.2 beschriebenen Positionierung und mit der Schriftart „Helvetica Black“ – Schriftgröße 30 Punkte – unter Verwendung einer transparenten Lumineszenz-Farbe, die unter UV-Licht gelb reflektierend sein muss aufzubringen.

- 1.1.11 Die Kosten für das eingesetzte Sicherheitspapier werden von den Krankenkassen übernommen. Das Sicherheitspapier darf nur im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit des Arztes zum Einsatz kommen; andere Verwendungen (z.B. Privatliquidation) sind nicht zulässig.
- 1.1.12 Das „Technische Handbuch Blankoformularbedruckung“ wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband erstellt und ständig aktualisiert. Zeitgleich mit den Softwarehäusern wird der GKV-Spitzenverband über die vorgenommenen Änderungen unterrichtet.
- 1.1.13 Die technischen Einzelheiten, festgehalten im „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung, sind bei der Herstellung und Bedruckung der Formulare einzuhalten.
- 1.1.14 Vertragsärzten ist die Nutzung des Blankoformularbedruckungsverfahrens nur gestattet, wenn die dazu eingesetzte Software von der Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf der Basis der jeweils gültigen „Vordruckvereinbarung Blankoformularbedruckung“ sowie des

„Technischen Handbuchs Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zertifiziert ist.

- 1.1.15 Jede zertifizierte Software erhält eine Prüfnummer (PRF.NR.). Diese ist am unteren rechten Formularrand gemäß der in Kapitel 2 enthaltenen Muster anzugeben. Die technischen Einzelheiten können dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung entnommen werden.

1.2 Beschriftung der Vordrucke

- 1.2.1 Bei der Beschriftung der Vordrucke ist die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband veröffentlichten aktuellste Fassung der Vordruckerläuterungen zu beachten.

- 1.2.2 Die Erstellung von vertragsärztlichen Formularen mittels Blankoformularbedruckung ist lediglich für die in Kapitel 2 dieser Vereinbarung enthaltenen Vordruckmuster zulässig.

- 1.2.3 Für den Ausdruck der Blankoformulare sind ausschließlich schwarze Farben zu verwenden. Dabei können Laserdrucker oder Tintenstrahldrucker verwendet werden. Tintenstrahldrucker müssen die Vorgaben nach Nr. 1.1.3 erfüllen.

Im Personalienfeld der Vordrucke müssen die Betriebsstätten-Nr. und die Arzt-Nr. numerisch (Ziffern 0 bis 9) linksbündig aufgedruckt werden. Eine Verwendung anderer Zeichen, wie z. B. „-“, „/“ oder „blank“ (= Leerzeichen) ist wegen der maschinellen Lesung nicht statthaft.

Für Ausnahmefälle (wie z. B. Haus- und Heimbesuche, Bereitschaftsdienst) können Blankoformulare ohne Inhalte ausgedruckt und eingesetzt werden.

- 1.2.4 Der Vertragsarzt kann die Muster 11/E und 25/E sowie die Rückseiten der Muster 50/E, 51/E und 53/E (50.2/E, 51.2/E und 53.2/E) als Blankoformulare herstellen. Diese können an die Vordrucke 11, 25, 50, 51, und 53 angeheftet werden, die von den Krankenkassen bzw. dem Versicherten an den Vertragsarzt verschickt werden und nach Eintragung der gewünschten Angaben von ihm urschriftlich an die Krankenkasse zurückgeschickt werden sollen.

1.3 Die verwendeten Barcodes

- 1.3.1 Die verwendeten Barcodes dienen der Formulareicherheit und der erleichterten Datenerfassung. Zur Verwendung gelangen Barcodes in Verbindung mit dem Standardbarcode bzw. dem gekürzten Standardbarcode.

- 1.3.2 Grundsätzlich darf der auf dem Formular aufgebrachte Barcode keine auf dem Formular nicht lesbaren personenbezogenen Daten enthalten. Die Muster 6/E, 10/E, 10L/E, 10A/E, 30/E, 39a/E, 39b/E und 39d/E können optional eine auf dem Vordruck nicht okular sichtbare Anforderungs-ID enthalten.
- 1.3.3 Die jeweiligen Feldattribute der verwendeten Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 1.3.4 Mit der Umstellung auf die Datenformate der elektronischen Gesundheitskarte wird für den Barcode nur noch das dynamische Format verwendet. Die einzelnen Datenfelder werden dabei mit dem Feldtrenner TAB getrennt. Es gelten zwei Standardbarcodes, aus denen sich die gängigen Barcodetypen ableiten:

- Standardbarcode mit maximal 163 Zeichen
- und
- gekürzter Standardbarcode mit maximal 65 Zeichen.

In der Regel weist jedes Formular mit Barcode den Standardbarcode oder den gekürzten Standardbarcode auf. Diese werden ggf. durch formularspezifische Angaben im Barcode ergänzt.

Folgende Barcodetypen werden unterschieden:

1 = Standardbarcode

2 = gekürzter Standardbarcode

3 = Standardbarcode und formularspezifische Einträge

4 = gekürzter Standardbarcode und formularspezifische Einträge

5 = nur formularspezifische Einträge (falls personenbezogene Daten nicht vorgesehen sind)

Bei der Generierung des Barcodes ist, ebenso wie bei der Bedruckung des Personalienfeldes, das geltende KVDT-Referenz-Format entsprechend der Technischen Anlage zu Anlage 4a BMV-Ä zu verwenden.

Übersicht der Barcodes:

Standardbarcode Typ 1, max. 163 Zeichen

<i>Feldbezeichnung</i>
Formularcode
Formularcodeergänzung
Versionsnummer
Nachname
Vorname
Geburtsdatum

Versicherungsschutz Ende
Kostenträgerkennung
Versicherten-ID
Versichertenart
Besondere Personengruppe
DMP-Kennzeichnung
(Neben-) Betriebsstättennummer
LANR
Ausstellungsdatum

Standardbarcode Typ 2 (gekürzter Barcode), max. 65 Zeichen

<i>Feldbezeichnung</i>
Formularcode
Formularcodeergänzung
Versionsnummer
Versicherungsschutz Ende
Kostenträgerkennung
Versicherten-ID
Versichertenart
Besondere Personengruppe
DMP-Kennzeichnung
(Neben-)Betriebsstättennummer
LANR
Ausstellungsdatum

Standardbarcode Typ 3

Der Standardbarcode vom Typ 3 enthält die gleichen Felder wie Standardbarcode Typ 1, jedoch können zusätzlich formularspezifische Einträge hinzukommen.

Standardbarcode Typ 4

Der Standardbarcode vom Typ 4 enthält die gleichen Felder wie der gekürzte Standardbarcode (Typ 2), jedoch können zusätzlich formularspezifische Einträge hinzukommen.

Barcode Typ 5

Der Barcode vom Typ 5 enthält nur formularspezifische Einträge und wird dann verwendet, wenn personenbezogene Daten nicht vorgesehen sind.

1.4 Übersicht der eingebundenen Formulare

Im Folgenden wird eine Übersicht der in das Verfahren Blankoformularbedruckung eingebundenen Formulare gegeben.

Die Übersicht ist wie folgt aufgebaut:

Die erste Spalte enthält die Vordrucknummer. Die bereits verwendete Nummernfolge der konventionellen Formulare wurde übernommen und zur besonderen Kennzeichnung der im Blankoformularbedruckungsverfahren nutzbaren Formulare mit einem „/E“ für „elektronisch“ gekennzeichnet. Handelt es sich bei einem Vordruck der Anlage 2 BMV-Ä um einen Mehrfachsatz (Vordruck und zugehörige Durchschläge), werden die einzelnen Seiten mit kleingeschriebenen Ordnungsbuchstaben in alphabetischer Reihenfolge hinter der Vordrucknummer versehen. Werden bei einem konventionellen Formular Vorder- und Rückseite bedruckt, erhalten die im Blankoformularbedruckungsverfahren eingesetzten Muster, wenn nicht ein Ausdruck auf lediglich einer Seite erfolgt, hinter der Vordrucknummer die Kennzeichnung „1“ für die Vorderseite und „2“ für die Rückseite.

In der zweiten Spalte steht die Formularbezeichnung (ggf. Kurzform).

In der dritten Spalte wird ggf. ein Hinweis bezüglich des jeweiligen Verwendungszweckes für das Formular gegeben.

Die vierte Spalte gibt an, ob das Formular auf Blankoformularpapier gedruckt werden kann oder nicht.

In der fünften Spalte ist der verwendete Barcode-Typ angegeben, und zwar nach folgender Legende:

- 0 = kein Barcode
- 1 = ausschließlich Standardbarcode
- 2 = ausschließlich der gekürzte Standardbarcode
- 3 = Standardbarcode und formularspezifische Einträge
- 4 = gekürzter Standardbarcode und formularspezifische Einträge
- 5 = ausschließlich formularspezifische Einträge (falls personenbezogene Daten nicht vorgesehen sind)

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
Muster 1/E	unbesetzt			
Muster 2a/E	Verordnung Krankenhausbehandlung	Für die Krankenkasse	Ja	3

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb- version	Barcode- Typ
Muster 2b/E	Verordnung Krankenhausbehandlung	Für den Krankenhausarzt	Ja	3
Muster 2c/E	Verordnung Krankenhausbehandlung	Für den einweisenden Arzt	Ja	0
Muster 3a/E	Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung	Für die Krankenkasse	Ja	3
Muster 3b/E	Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung	Für die Versicherte	Ja	0
Muster 4/E	Verordnung einer Krankenbeförderung	Für die Krankenkasse	Ja	3
Muster 5/E	Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie	Nur bei Anwendung des Ersatzverfahrens	Ja	0
Muster 6/E	Überweisungsschein	Der Barcode kann optional eine Anforderungs-ID enthalten	Ja	3
Muster 7/E	Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen	Für den Vertragsarzt	Ja	0
Muster 8/E	Sehhilfenverordnung		Ja	1
Muster 8A/E	Verordnung von vergrößernden Sehhilfen		Ja	1
Muster 9/E	Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes	Für die Krankenkasse	Ja	3
Muster 10/E	Überweisungsschein Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung	Der Barcode kann optional eine Anforderungs-ID enthalten	Ja	3

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
Muster 10L/E	Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung	Der Barcode kann optional eine Anforderungs-ID enthalten. Das Muster wird mit einem zusätzlichen Barcode vom beauftragenden Arzt versehen	Ja	3
Muster 10A/E	Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften	Der Barcode kann optional eine Anforderungs-ID enthalten	Ja	3
Muster 11/E	Bericht für den Medizinischen Dienst	Original wird von der Krankenkasse versandt	Ja	1
Muster 12a.1/E	Verordnung häuslicher Krankenpflege	Für die Krankenkasse	Ja	3
Muster 12a.2/E	Verordnung häuslicher Krankenpflege	Für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 12b/E	Verordnung häuslicher Krankenpflege	Für den Pflegedienst	Ja	3
Muster 12c/E	Verordnung häuslicher Krankenpflege	Für den Vertragsarzt	Ja	3“
Muster 13.1/E	Heilmittelverordnung	Vorder- und Rückseite des Formulars für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 13.2/E	Heilmittelverordnung	Vorder- und Rückseite des Formulars für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 14/E	Unbesetzt			
Muster 15.1/E	Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe	Vorderseite des DIN A4 Formulars	Ja	3
Muster 15.2/E	Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe	Rückseite des DIN A4 Formulars	Ja	0

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
Muster 16	Arzneiverordnungsblatt		Nein	0
Muster 17/E-18/E	unbesetzt			
Muster 19a/E	Notfall-/Vertretungsschein	Abrechnungsschein	Ja	3
Muster 19b/E	Notfall-/Vertretungsschein	Für den weiterbehandelnden Arzt	Ja	3
Muster 19c/E	Notfall-/Vertretungsschein	Für den vertretenden Arzt	Ja	0
Muster 20a/E	Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)	Für den Arbeitgeber	Ja	0
Muster 20b/E	Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)	Für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 20c/E	Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)	Für den Versicherten	Ja	0
Muster 20d/E	Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)	Für den Vertragsarzt	Ja	0
Muster 21/E	Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes		Ja	3
Muster 22a/E	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie	Ausfertigung für den Therapeuten	Ja	0
Muster 22b/E	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie	Ausfertigung für den Gutachter	Ja	0
Muster 22c/E	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie	Ausfertigung für den Vertragsarzt	Ja	0
Muster 22d/E	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 23/E-24/E	unbesetzt			

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb- version	Barcode- Typ
Muster 25/E	Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkr. Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V	Original wird vom Versicherten vorgelegt	Ja	3
Muster 26a/E	Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 26b/E	Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V	Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer	Ja	1
Muster 26c/E	Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V	Ausfertigung für den verordnenden Arzt	Ja	1
Muster 27a/E	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 27b/E	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V	Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer	Ja	1
Muster 27c/E	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V	Ausfertigung für den verordnenden Arzt	Ja	1
Muster 28a/E	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 28b/E	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten	Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer	Ja	1
Muster 28c/E	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten	Ausfertigung für den verordnenden Arzt	Ja	1
Muster 29/E-35/E	unbesetzt			
Muster 36/E	Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V	Zum Verbleib beim Versicherten	Ja	1

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
Muster 37/E-38/E	unbesetzt			
Muster 39a/E	Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom	Für den untersuchenden Arzt	Ja	3
Muster 39b/E	Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom	Für den zytologisch tätigen Arzt	Ja	3
Muster 40/E-49/E	unbesetzt			
Muster 50.2/E	Anfrage Zuständigkeit einer anderen Kasse	Original wird von der Krankenkasse versandt	Ja	1
Muster 51.2/E	Anfrage Zuständigkeit eines sonst. Kostenträgers	Original wird von der Krankenkasse versandt	Ja	1
Muster 52/E	Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	Für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 53.2/E	Anfrage Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten	Original wird von Krankenkasse versandt	Ja	1
Muster 54/E	unbesetzt			
Muster 55/E	Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V	Für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 56.1/E	Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktions-training	Vorder- und Rückseite des Formulars für den Leistungserbringer	Ja	0
Muster 56.2/E	Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktions-training	Vorder- und Rückseite des Formulars für den Leistungserbringer	Ja	1
Muster 57E-59/E	unbesetzt			
Muster 60/E	unbesetzt			

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb- version	Barcode- Typ
Muster 61Aa/E	Beratung zu medizinischer Rehabilitation Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers	Im Original zurück an den Vertragsarzt	Ja	0
Muster 61Ab/E	Beratung zu medizinischer Rehabilitation Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers	Durchschlag zum Verbleib bei der Krankenkasse	Ja	1
Muster 61Ba/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Original für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 61Bb/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt	Ja	0
Muster 61Ca/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Original für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 61Cb/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt	Ja	0
Muster 61Da/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Original für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 61Db/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt	Ja	0
Muster 61Ea/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Original für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 61Eb/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt	Ja	0
Muster 62Aa/E	Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 62Ab/E	Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA	Ausfertigung für den verordnenden Arzt	Nein	0

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb- version	Barcode- Typ
Muster 62Ac/E	Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA	Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt	Nein	0“
Muster 62Ba1/E	Verordnung außerklinische Intensivpflege	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 62Ba2/E	Verordnung außerklinische Intensivpflege	Ausfertigung für die Krankenkasse	Nein	0
Muster 62Bb/E	Verordnung außerklinische Intensivpflege	Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I	Nein	0
Muster 62Bc/E	Verordnung außerklinische Intensivpflege	Ausfertigung für den verordnenden Arzt	Nein	0
Muster 62Ca/E	Behandlungsplan	Ausfertigung für die Krankenkasse	Nein	0
Muster 62Cb/E	Behandlungsplan	Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I	Nein	0
Muster 62Cc/E	Behandlungsplan	Ausfertigung für den verordnenden Arzt	Nein	0
Muster 63a.1/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 63a.2/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 63b/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für den spezialisierten Leistungserbringer	Ja	1
Muster 63c/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für den spezialisierten Leistungserbringer – der Abrechnung beizufügen	Ja	1
Muster 63d/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Ausfertigung für den verordnenden Arzt	Ja	1

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
Muster 64Aa/E	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gem. § 24 SGB V	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 64Ab/E	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gem. § 24 SGB V	Ausfertigung für den Arzt	Ja	0
Muster 64Ba/E	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gem. § 24 SGB V	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 64Bb/E	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gem. § 24 SGB V	Ausfertigung für den Arzt	Ja	0
Muster 65a/E	Ärztliches Attest Kind	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 65b/E	Ärztliches Attest Kind	Ausfertigung für den Arzt	Ja	0
Muster 66/E-69/E	unbesetzt			
Muster 70a/E	Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	Original nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt	Ja	1
Muster 70b/E	Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	Durchschlag für die Kassenärztliche Vereinigung	Ja	1
Muster 70Aa/E	Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	Original nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt	Ja	1
Muster 70Ab/E	Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	Durchschlag für die Kassenärztliche Vereinigung	Ja	1
Muster 71/E-84/E	unbesetzt			

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
Muster 85/E	Nachweis der Anspruchsberechtigung bei Ruhen des Anspruchs gemäß § 16 Absatz 3a SGB V	Zur Vorlage beim Vertragsarzt	Nein	0
Muster 86/E-99/E	unbesetzt			

Hinweis: Die im anschließenden Kapitel 2 aufgeführten Formulare sind aus Kapazitätsgründen nicht maßstabgerecht ausgebildet. Es gelten die jeweils angegebenen Formatangaben.

2. Vordruckmuster

2.1 Muster 1/E: unbesetzt

2.2 Muster 2/E: Verordnung von Krankenhausbehandlung

(Stand: 10.2014)

2.2.1 Für die Verordnung von Krankenhausbehandlung sind die Muster 2a/E-2c/E gemäß der in Kapitel 2.2.8 - 2.2.10 abgebildeten Form zu verwenden.

2.2.2 Das Muster 2/E besteht aus drei Formularen:

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 2b: Ausfertigung für den Krankenhausarzt

Muster 2c: Ausfertigung für den einweisenden Arzt

2.2.3 Die Muster 2a/E-2c/E sind im DIN A5 Format hoch zu erstellen.

2.2.4 Die Muster 2a/E und 2b/E werden mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.2.5 unbesetzt

2.2.6 unbesetzt

2.2.7 unbesetzt

2.2.8 Muster 2a/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Verordnung von Krankenhausbehandlung 27 <small>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</small>	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	<input type="checkbox"/> Belegarztbehandlung <input type="checkbox"/> Notfall	
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG)	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser	
		Datum		
Diagnose <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 60px;"></div> <small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small>	
<p>Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.</p> <p>Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.</p>				
Vom Krankenhaus auszufüllen: Krankenhausaufnahme erfolgt(e) am (Tag) <hr/>			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 60px;"></div> <small>Stempel des Krankenhauses und Unterschrift</small>	
<small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>			<small>Muster 2a/E (10.2014) KBV-PRF.NR.</small>	

Original: DIN A5 hoch

2.2.9 Muster 2b/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">21</div> <p>Verordnung von Krankenhausbehandlung <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Belegarztbehandlung <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG) </p> <p>Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser</p> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Diagnose</p> <hr/><hr/><hr/><hr/><hr/> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>												
<p>Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!</p> <p>Untersuchungsergebnisse</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Mitgegebene Befunde</p> <hr/> <hr/> <hr/>													
<p style="font-size: 0.7em;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p style="font-size: 0.7em; text-align: right;">Muster 2b/E (10.2014) KBV-PRF.NR.</p>													
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px; font-weight: bold;">Ausfertigung für den Krankenhausarzt ! Vertraulich!</div>													

Original: DIN A5 hoch

2.2.10 Muster 2c/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">21</div> <p>Verordnung von Krankenhausbehandlung <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Belegarztbehandlung <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG) </p> <p>Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser</p> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Diagnose</td> </tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Diagnose					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 80px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</td> </tr> </table>	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes						
Diagnose													
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes													
<p>Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!</p> <p>Untersuchungsergebnisse</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Mitgegebene Befunde</p> <hr/> <hr/> <hr/>													
<p style="margin: 0;">Dieses Formular wurde mittels Lesendrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p style="margin: 0; text-align: right;">Muster 2c/E (10.2014) KBV-PRF.NR.</p>													
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Ausfertigung für den überweisenden Arzt</div>													

Original: DIN A5 hoch

2.3 Muster 3/E: Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

(Stand: 10.2014)

2.3.1 Für das Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung sind die Muster gemäß der in Kapitel 2.3.7 und 2.3.8 abgebildeten Form zu verwenden.

2.3.2 Das Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung besteht aus folgenden Formularen:

Muster 3a/E: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 3b/E: Ausfertigung für die Versicherte

2.3.3 Die Muster 3a/E und 3b/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format hoch zu erstellen.

2.3.4 Das Muster 3a/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformular-bedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.3.5 unbesetzt

2.3.6 unbesetzt

2.3.8 Muster 3b/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p>Hiermit bescheinige ich, dass die oben bezeichnete Versicherte voraussichtlich entbinden wird am _____</p> <p>Die Bescheinigung erteile ich auf Grund der von mir vorgenommenen Untersuchung am _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Ggf. besondere Feststellungen</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Ggf. besondere Feststellungen			<p>Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung 3</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Ausfertigung für die Versicherte (z.B. zur Vorlage beim Arbeitgeber)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100px; margin-top: 20px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.															
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
Ggf. besondere Feststellungen																
<p>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>	<p>KBV-PRFNr Muster 3b/E (10.2014)</p>															

Original: DIN A5 hoch

2.4 Muster 4/E: Verordnung einer Krankenförderung

.(Stand: 7.2020)

2.4.1 Für die Verordnung einer Krankenförderung ist das Muster 4/E gemäß der in Kapitel 2.4.7 abgebildeten Form zu verwenden.

2.4.2 Die Muster 4/E ist auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format quer zu erstellen.

2.4.3 Das Muster 4/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.4.4 unbesetzt

2.4.5 unbesetzt

2.4.6 unbesetzt

2.4.7 Muster 4/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Krankheitsbekennung Versicherten-Nr. Status

Betreiber-Nr. Arzt-Nr. Datum

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu vermeiden)

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrttritt der Krankenkasse vorzulegen)

d) hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie) vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4, erforderlich)

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4, erforderlich)

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4, erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am _____ / _____ x pro Woche, bis voraussichtlich _____

Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen: _____ Tragestuhl

liegend RTW NAW/NEF andere

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartzeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Verordnung einer 4 Krankenbeförderung

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten
Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von .. nach)	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten
	vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt (Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja Datum _____

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs _____ Belegnummer _____ Gesamt-Brutto _____

Rechnungsnummer _____ Zuzahlung _____

Positionsnummer Anzahl km Positionsnummer Anzahl km

_____ _____ _____ _____ _____ _____

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten PRFNr: _____ Muster 4/E (7.2020)

Original: DIN A4 quer

2.4.8 unbesetzt

- 2.5 **Muster 5/E:**
Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche
Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme
einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie
(Stand: 10.2014)
- 2.5.1 Das Muster 5/E ist in der in Kapitel 2.5.4 abgebildeten Form nur bei
Anwendung des Ersatzverfahrens zu verwenden, um die Unterschrift des
Patienten bezüglich der im Ersatzverfahren angegebenen Versicherten-
daten zu dokumentieren. Im Rahmen der Blankoformularbedruckung von
Muster 5/E dürfen nur die Daten im Personalienfeld und im Feld für den
Vertragsarztstempel ausgedruckt werden. Die abrechnungsrelevanten
Felder müssen leer bleiben, da das Formular ausschließlich zum Verbleib
in der Arztpraxis bestimmt ist. Die Abrechnung muss weiterhin elektronisch
erfolgen.
- 2.5.2 Das Muster 5/E ist auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format quer zu
erstellen.
- 2.5.3 Das Muster 5/E enthält keinen Barcode.

2.5.4 Muster 5/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Abrechnungsschein <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie <input type="checkbox"/> anerkannte Psychotherapie Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen _____ _____		05BF Quartal Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M																																					
Name, Vorname des Versicherten geb. am																																									
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides _____																																					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">Mutmaßlicher Tag der Entbindung</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">Stationäre belegärztliche Behandlung von</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Tag</td> <td style="padding: 5px;">Monat</td> <td style="padding: 5px;">Tag</td> <td style="padding: 5px;">Monat</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">_____</td> <td style="padding: 5px;">_____</td> <td style="padding: 5px;">_____</td> <td style="padding: 5px;">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Datum</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Unterschrift</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">_____</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px; text-align: center;">Stempel des Vertragsarztes / Therapeuten</td> </tr> </table>		Mutmaßlicher Tag der Entbindung				_____				Stationäre belegärztliche Behandlung von				Tag	Monat	Tag	Monat	_____	_____	_____	_____	Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.				Datum		Unterschrift		_____		_____		Stempel des Vertragsarztes / Therapeuten			
Mutmaßlicher Tag der Entbindung																																									

Stationäre belegärztliche Behandlung von																																									
Tag	Monat	Tag	Monat																																						
_____	_____	_____	_____																																						
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.																																									
Datum		Unterschrift																																							
_____		_____																																							
Stempel des Vertragsarztes / Therapeuten																																									
Tag	Mon.	Tag	Mon.	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																																					
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufsunfällen und Schülerunfällen				Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.																																					
Muster 5/E (10.2014)				KBV-PRF.NR.																																					

Original: DIN A 5 quer

2.6 Muster 6/E: Überweisungsschein

(Stand: 10.2019)

2.6.1 Als Überweisungsschein ist das Muster 6/E gemäß der in Kapitel 2.6.7 abgebildeten Form zu verwenden.

2.6.2 Das Muster 6/E ist auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format quer zu erstellen.

2.6.3 Das Muster 6/E wird mit einem Barcode versehen. Der Barcode kann optional eine Anforderungs-ID enthalten. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.6.4 unbesetzt

2.6.5 unbesetzt

2.6.6 unbesetzt

2.6.7 Muster 6/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p>Diagnose/Verdachtsdiagnose</p> <hr/> <hr/> <p>Befund/Medikation</p> <hr/> <hr/> <p>Auftrag</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<p style="text-align: right;">06BF Quartal</p> <p>Überweisungsschein</p> <p> <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung </p> <p> <input type="checkbox"/> Unfallunfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 _____ <input type="checkbox"/> Geschlecht <input type="checkbox"/> </p> <p>Überweisung an _____ AU bis _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung _____ </p> <p> <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V </p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 20px auto; text-align: center; font-size: small;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
Muster 6/E (10.2019) PRF. NR.													

Original: DIN A 5 quer

2.7 **Muster 7/E:**
Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur
Abklärung somatischer Ursachen
(Stand: 10.2014)

2.7.1 Für die von einem nichtärztlichen Psychotherapeuten vor Aufnahme einer Psychotherapie einzuholende Abklärung somatischer Ursachen ist das Muster 7/E gemäß der in Kapitel 2.7.8 abgebildeten Form zu verwenden.

2.7.2 Das Muster 7/E ist auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format quer zu erstellen.

2.7.3 Das Formular wird nicht mit einem Barcode versehen.

2.7.4 unbesetzt

2.7.5 unbesetzt

2.7.6 unbesetzt

2.7.7 unbesetzt

2.7.8 **Muster 7/E**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">7</div> <h2 style="margin: 0;">Überweisung</h2> <p style="margin: 0;">Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen</p> <p style="margin: 0;">Diagnosen/Indikation zur Psychotherapie:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="margin: 10px 0 0 0;">Information für den Arzt: _____</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0 0 0; font-size: 0.8em;"> <p><i>Der Konsiliarbericht ist dem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichentherapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.</i></p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p style="text-align: right;">Ausstellungsdatum</p> <p style="text-align: right;">_____</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 10px auto 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; bottom: 5px; right: 5px; font-size: 0.7em;"> Stempel / Unterschrift des Therapeuten </div> </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

KBV-PRF-NR.
Muster 7/E (10.2014)

Original: DIN A5 quer

2.8 Muster 8/E: Sehhilfenverordnung

(Stand: 10.2014)

2.8.1 Für die Verordnung einer Sehhilfe Muster 8/E gemäß der in Kapitel 2.8.7 abgebildeten Form zu verwenden.

2.8.2 Das Muster 8/E ist auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format quer zu erstellen.

2.8.3 Das Muster 8/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.8.4 unbesetzt

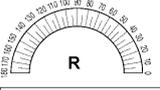
2.8.5 unbesetzt

2.8.6 unbesetzt

2.8.7 Muster 8/E

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten geb. am</p> <p>Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status</p> <p>Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum</p> <p>Befund: Änderung um mindestens 0,5 Dioptrien ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn nein, wird eine Verbesserung der Sehschärfe um mindestens 20% erzielt? ja <input type="checkbox"/></p> <p>Menge und Art der Verordnung:</p> <p>Diagnose/Begründung:</p>	<h3 style="text-align: center;">Sehhilfenverordnung</h3> <p>IK des Leistungserbringers</p> <p>Rechnungsnummer</p> <p>Belegnummer</p> <p>Erstversorgung <input type="checkbox"/> Folgeversorgung <input type="checkbox"/></p> <p>Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG) <input type="checkbox"/></p> <p>Sehbehinderung mindestens WHO 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Reparatur <input type="checkbox"/> Ersatz <input type="checkbox"/></p>	<h3 style="text-align: center;">Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)</h3> <p>Ich erkläre, <input type="checkbox"/> dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe <input type="checkbox"/> dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist</p> <p>Datum <input type="text"/> Unterschrift des Versicherten <input type="text"/></p>
<h3 style="text-align: center;">Entscheidung der Krankenkasse</h3>		
<p>Die Kosten werden übernommen</p> <p><input type="checkbox"/> in Höhe des geltenden Festbetrages Stempel der Krankenkasse und Unterschrift</p> <p><input type="checkbox"/> in Höhe von Euro <input type="text"/></p> <p>Datum <input type="text"/></p>		
<h3 style="text-align: center;">Empfangsbestätigung</h3> <p><input type="text"/> Glas / Gläser bzw. Kontaktlinsen</p> <p>Sonstiges: <input type="text"/></p> <p>Datum <input type="text"/> Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname) <input type="text"/></p>		
<h3 style="text-align: center;">Bescheinigung des Leistungserbringers</h3> <p>Die Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst. Ich versichere, dass die gelieferte Sehhilfe der Verordnung entspricht.</p> <p>Datum <input type="text"/> Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers <input type="text"/></p>		
<h3 style="text-align: center;">Zur Beachtung für den Versicherten</h3> <p>Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag. Die Lieferung anderer Ware anstelle der verordneten Sehhilfen ist nicht gestattet.</p> <p style="font-size: small;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. KEV-PRF NR Muster 8/E (10.2014)</p>		

Kostenrechnung des Leistungserbringers						
	Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Betrag Euro
F	R		°			
	L		°			
N	R		°			
	L		°			
						Rechnungsbetrag



R



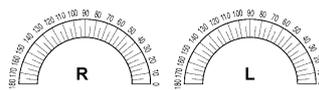
L

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Original: DIN A4 quer

- 2.8A **Muster 8A/E: Verordnung von vergrößernden Sehhilfen**
(Stand: 10.2014)
- 2.8A.1 Für die Verordnung von vergrößernden Sehhilfen ist das Muster 8A/E gemäß der in Kapitel 2.8A.7 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.8A.2 Das Muster 8A/E ist auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format quer zu erstellen.
- 2.8A.3 Das Muster 8A/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformular-bedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.8A.4 unbesetzt
- 2.8A.5 unbesetzt
- 2.8A.6 unbesetzt

2.8A.7 Muster 8A/E

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am _____ Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum </div>	<h3 style="text-align: center;">Verordnung von vergrößernden Sehhilfen</h3> IK des Leistungserbringers _____ Rechnungsnummer _____ Belegnummer _____ Erstversorgung <input type="checkbox"/> Folgeversorgung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG) <input type="checkbox"/> Vergrößerungsbedarf _____ fach _____ Reparatur <input type="checkbox"/> Ersatz <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <h3 style="text-align: center;">Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)</h3> Ich erkläre, _____ dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe _____ dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____ </div>																																																													
<p>Befund:</p> Bestkorrigierter Fernvisus rechts _____ Bestkorrigierter Fernvisus links _____ Sehbehinderung mindestens WHO 1 <input type="checkbox"/> mit Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/>	<p>Menge und Art der Verordnung:</p> Diagnose/Begründung: _____ _____ _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <h3 style="text-align: center;">Entscheidung der Krankenkasse</h3> Die Kosten werden übernommen _____ in Höhe des geltenden Festbetrages Stempel der Krankenkasse und Unterschrift _____ in Höhe von _____ Euro Datum _____ </div>																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="7"></th> <th colspan="2" style="text-align: left;">Kostenrechnung des Leistungserbringers</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Sphäre</th> <th>Zylinder</th> <th>Achse</th> <th>Prisma</th> <th>Basis</th> <th>Scheitelabstand</th> <th>10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer</th> <th>Betrag Euro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">F</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">N</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> <td style="text-align: center;">Rechnungsbetrag</td> </tr> </tbody> </table>								Kostenrechnung des Leistungserbringers			Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitelabstand	10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro	F	R								L								N	R								L																Rechnungsbetrag	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <h3 style="text-align: center;">Empfangsbestätigung</h3> _____ vergrößernde Sehhilfen Datum _____ Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname) _____ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <h3 style="text-align: center;">Bescheinigung des Leistungserbringers</h3> Die vergrößernde Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst. Ich versichere, dass die gelieferte vergrößernde Sehhilfe der Verordnung entspricht. Datum _____ Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers _____ </div>
							Kostenrechnung des Leistungserbringers																																																								
	Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitelabstand	10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro																																																							
F	R																																																														
	L																																																														
N	R																																																														
	L																																																														
								Rechnungsbetrag																																																							
<div style="text-align: center;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <h3 style="text-align: center;">Zur Beachtung für den Versicherten</h3> Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag. Die Lieferung anderer Ware anstelle der verordneten vergrößernden Sehhilfen ist nicht gestattet. </div> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px;"> Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. KKV-PRF-NR Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 8A/E (10.2014) </p>																																																														

Original: DIN A4 quer

2.9 Muster 9/E: Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes

(Stand: 4.2019)

- 2.9.1 Für die ärztliche Bescheinigung zur Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes ist das Muster 9/E gemäß der in Kapitel 2.9.7 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.9.2 Das Muster 9/E ist auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format hoch zu erstellen.
- 2.9.3 Das Muster 9/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.9.4 unbesetzt
- 2.9.5 unbesetzt
- 2.9.6 unbesetzt

2.9.7 Muster 9/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes 9 </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"><i>Erforderlich für die Gewährung des verlängerten Mutterschaftsgeldes. Diese Bescheinigung erübrigt sich bei Mehrlingsgeburten.</i></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100px; margin-top: 20px;"></div> <p style="font-size: x-small; text-align: center; margin-top: 5px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<p>1. Frühgeburt, geboren am _____</p> <p><input type="checkbox"/> a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm</p> <p><input type="checkbox"/> b) Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, es besteht jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen oder verfrühter Beendigung der Schwangerschaft</p> <p><input type="checkbox"/> c) Totgeburt ab 500 Gramm oder ab 24. Schwangerschaftswoche jeweils mit Anzeichen nach a) oder b)</p>													
<p>2. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX</p> <p><input type="checkbox"/> Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor <i>Bitte Rückseite ausfüllen!</i></p>													
<p style="font-size: x-small;">Wird die Verlängerung des Mutterschaftsgeldes aufgrund einer Behinderung des Kindes beantragt, sind folgende Angaben von der Versicherten vor der Weitergabe der Bescheinigung an die Krankenkasse einzutragen:</p> <p style="font-size: x-small;">Hiermit beantrage ich die Auszahlung des verlängerten Mutterschaftsgeldes. <i>(Die Angaben sind nur erforderlich, wenn die Daten von der Vorderseite abweichen.)</i></p>													
<p>Name, Vorname der Versicherten _____ Geburtsdatum _____</p> <p>Straße, Haus-Nr. _____</p> <p>PLZ _____ Wohnort _____</p>													
<p>Erklärung</p> <p style="font-size: x-small;">Für Arbeitnehmerinnen: Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse meinen Arbeitgeber über die Auszahlung des verlängerten Mutterschaftsgeldes informiert.</p> <p style="font-size: x-small;">Für Bezieherinnen von Arbeitslosengeld: Ich informiere die Agentur für Arbeit über die verlängerte Mutterschaftsgeldzahlung.</p>													
<p>Datum</p> <p>_____</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="font-size: x-small;">Unterschrift der Versicherten</p>												
<p style="font-size: x-small;">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>													
<p style="font-size: x-small; text-align: right;">PRFNr. Muster 9/E (4.2019)</p>													

Original: DIN A5 hoch

- 2.10 Muster 10/E:
Überweisungsschein für Laboratoriums-untersuchungen als
Auftragsleistung
(Stand: 10.2020)
- 2.10.1 Als Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen ist das unter Kapitel 2.10.7 abgebildete Muster 10/E zu verwenden.
- 2.10.2 Das Muster 10/E ist auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format quer zu erstellen.
- 2.10.3 Das Muster 10/E wird mit einem Barcode versehen. Der Barcode kann optional eine Anforderungs-ID enthalten. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.10.4 Das unter 2.10.8 abgebildete Muster 10-L/E kann nur für den Fall genutzt werden, dass der erstbeauftragte Arzt den Auftrag auch mittels eines Barcodes kodiert und der ausführende Arzt mittels EDV abrechnet. Bei Nutzung von Muster 10-L/E kann zusätzlich zum Barcode, der durch die KBV im „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ vorgegeben ist, ein durch die Laborauftragssysteme generierter Barcode im Bereich links vom Vertragsarztstempel aufgedruckt werden. Die Angaben für die Felder Diagnose/Verdachtsdiagnose, Befund/Medikation und Auftrag müssen im Klartext lesbar über den Barcode des Anforderungssystems gedruckt werden. Um im Klartext die richtige Zuordnung zu gewährleisten, wird dem Text für Diagnose/ Verdachtsdiagnose ein „D:“ vorangestellt, für Befund/Medikation ein „B:“ und dem Auftragstext ein „A:“
- 2.10.5 unbesetzt
- 2.10.6 unbesetzt

2.10.7 Muster 10/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers</td> <td>Arzt-Nr. des Erstveranlassers</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Eintrag nur bei Weiterüberweisung!			Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers		Arzt-Nr. des Erstveranlassers	<div style="text-align: center;"> <h3>Überweisungsschein für Laboratoriums- untersuchungen als Auftragsleistung</h3> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 10BF </div> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben! </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> <input type="checkbox"/> Knappschafts-kennziffer <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung bekannte Infektion <input type="checkbox"/> Behandlung gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch </div> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> Geschlecht <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>Abnahmedatum</div> <div>Abnahmezeit</div> <div>SSW</div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Befund eilt, Übermittlung an <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax Nr. _____ </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																			
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																	
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																	
Eintrag nur bei Weiterüberweisung!																			
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers		Arzt-Nr. des Erstveranlassers																	
Diagnose/Verdachtsdiagnose _____ _____ _____																			
Befund/Medikation _____ _____ _____																			
Auftrag _____ _____ _____																			
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt</p>																			
<p>Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen</p> <p style="text-align: center;">Muster 10/E (10.2020) PRF. NR.</p>																			

Original: DIN A5 quer

2.10.8 Muster 10L/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers</td> <td>Arzt-Nr. des Erstveranlassers</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Eintrag nur bei Weiterüberweisung!			Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers		Arzt-Nr. des Erstveranlassers	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">10L</div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> Überweisungsschein für Laboratoriums- untersuchungen als Auftragsleistung </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben! </td> <td style="width: 40%;"> Knappschafts-kennziffer _____ Quartal _____ Geschlecht <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung bekannte Infektion <input type="checkbox"/> Behandlung gemäß § 116b SGB V </td> <td style="width: 40%;"> <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V <input type="checkbox"/> Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch </td> </tr> </table> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Abnahmedatum _____</td> <td style="width: 50%;">Abnahmezeit _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">SSW _____</td> </tr> </table> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Befund eilt, Übermittlung an <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax Nr. _____ </div> <p>Diagnose/Verdachtsdiagnose, Befund/Medikation, Auftrag</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 20px auto; text-align: center; vertical-align: middle;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt </div>	Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!	Knappschafts-kennziffer _____ Quartal _____ Geschlecht <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung bekannte Infektion <input type="checkbox"/> Behandlung gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V <input type="checkbox"/> Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch	Abnahmedatum _____	Abnahmezeit _____	SSW _____	
Krankenkasse bzw. Kostenträger																											
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																									
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																									
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																									
Eintrag nur bei Weiterüberweisung!																											
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers		Arzt-Nr. des Erstveranlassers																									
Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!	Knappschafts-kennziffer _____ Quartal _____ Geschlecht <input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung bekannte Infektion <input type="checkbox"/> Behandlung gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V <input type="checkbox"/> Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch																										
Abnahmedatum _____	Abnahmezeit _____																										
SSW _____																											
<p>Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen</p>	<p>Muster 10L/E (10.2020) PRF. NR.</p>																										

Original: DIN A5 quer

- 2.10A **Muster 10A/E:
Anforderungsschein für Laboratoriums-untersuchungen bei
Laborgemeinschaften**
(Stand: 10.2020)
- 2.10A.1 Als Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Labor-
gemeinschaften ist das unter Kapitel 2.10A.7 abgebildete Muster 10A/E zu
verwenden.
- 2.10A.2 Das Muster 10A/E ist auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format quer zu
erstellen.
- 2.10A.3 Das Muster 10A/E wird mit einem Barcode versehen. Der Barcode kann
optional eine Anforderungs-ID enthalten. Die Spezifikationen des Barcodes
sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der
jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.10A.4 unbesetzt
- 2.10A.5 unbesetzt
- 2.10A.6 unbesetzt

2.10A.7 Muster 10A/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen

Anforderungsschein für Laboratoriums- untersuchungen bei Laborgemeinschaften

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Knappschafts-kennziffer Geschlecht SSW

Abnahmedatum Abnahmezeit

10ABF



<input type="checkbox"/> Befund eilt		Serum / Plasma / Vollblut	Urin
<input type="checkbox"/> EDTA-Blut	1	<input type="checkbox"/> alkalische Phosphatase 13	<input type="checkbox"/> Status 55
<input type="checkbox"/> großes Blutbild	2	<input type="checkbox"/> Gamma GT 27	<input type="checkbox"/> Mikroalbumin 56
<input type="checkbox"/> kleines Blutbild	3	<input type="checkbox"/> Glukose 28	<input type="checkbox"/> Lipase 43
<input type="checkbox"/> HbA1c	4	<input type="checkbox"/> GOT / ASAT 29	<input type="checkbox"/> Natrium 44
<input type="checkbox"/> Retikulozyten	5	<input type="checkbox"/> GPT / ALAT 30	<input type="checkbox"/> OP-Vorbereitung (32125) 45
<input type="checkbox"/> Blutsenkung	6	<input type="checkbox"/> Harnsäure 31	<input type="checkbox"/> Sediment 60
		<input type="checkbox"/> Harnstoff 32	Citrat-Blut
		<input type="checkbox"/> Calcium 18	<input type="checkbox"/> Phosphat, anorg. 46
		<input type="checkbox"/> Bilirubin direkt 16	<input type="checkbox"/> Transferrin 47
		<input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt 17	<input type="checkbox"/> Triglyceride 48
Gesundheits- untersuchungen		<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin 34	<input type="checkbox"/> TSH 49
<input type="checkbox"/> Harnstreifentest (32880)	62	<input type="checkbox"/> IgA 35	<input type="checkbox"/> Quick 8
<input type="checkbox"/> Nüchternplasma- glukose (32881)	63	<input type="checkbox"/> IgG 36	<input type="checkbox"/> Quick unter Marcumar- Therapie 9
<input type="checkbox"/> Lipidprofil (32882)	64	<input type="checkbox"/> IgM 37	<input type="checkbox"/> Thrombinzeit 10
		<input type="checkbox"/> CK 21	<input type="checkbox"/> PTT 11
		<input type="checkbox"/> CRP 23	
		<input type="checkbox"/> Eisen 24	Glukose-Profil
		<input type="checkbox"/> Eiweiß Elektrophorese 25	<input type="checkbox"/> Glukose 1 51
		<input type="checkbox"/> Eiweiß gesamt 26	<input type="checkbox"/> Glukose 2 52
		<input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance 40	<input type="checkbox"/> Glukose 3 53
		<input type="checkbox"/> LDH 41	<input type="checkbox"/> Glukose 4 54
			<input type="checkbox"/> Sonstiges 61

Muster 10A/E (10.2020) PPF NR.

Original: DIN A5 quer

2.11 Muster 11/E: Bericht für den Medizinischen Dienst

(Stand: 1.2015)

2.11.1 Für den Bericht für den Medizinischen Dienst kann das Muster 11/E gemäß der in Kapitel 2.11.7 abgebildeten Form verwendet werden. Anschließend ist es dem von der Krankenkasse dem Versicherten zugeleiteten Muster 11 anzuheften.

Wird der Vordruck vom Arzt verschickt, so darf dies nur in einem geschlossenen Briefumschlag geschehen.

2.11.2 Das Muster 11/E ist auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format hoch zu erstellen.

2.11.3 Das Muster 11/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformular-bedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.11.4 unbesetzt

2.11.5 unbesetzt

2.11.6 unbesetzt

2.11.7 Muster 11/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	11
--------------------------------	---------------------	------------------	-----------

Bericht für den Medizinischen Dienst

Der behandelnde Arzt wird gebeten, den nachstehenden Berichtsvordruck auszufüllen und Röntgen-, Labor- und andere Spezialbefunde sowie Krankenhausberichte und dergleichen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung zu stellen. Dieser Vordruck ist dann nicht auszufüllen, wenn spätestens am Tage der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst die Arbeitsunfähigkeit beendet ist.

Datum der letzten Untersuchung _____

Diagnose _____

Befunde _____

Mitbehandlung nein ja, im Fachbereich _____

Es droht eine Verschlimmerung des Leidens oder Behinderung

Besondere Hinweise _____

Patientin / Patient kann den Medizinischen Dienst nicht aufsuchen, weil _____

Eine Begutachtung ist voraussichtlich nach Tagen / Wochen möglich. *(Nichtzutreffendes streichen)*

Arbeitsfähig ab _____

Voraussichtlich arbeitsfähig ab _____

Folgendes ist mit der Bitte um Rückgabe beigelegt:

Röntgenbefund Ultraschallbefund EKG-befund

Laborbefund Arzt- oder Krankenhausbericht

Sonstiges _____

Für den Bericht des Arztes ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig	Ausstellungsdatum _____	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
---	-------------------------	---

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.
KEV-PRF NR.
Muster 11/E (1.2015)

Original: DIN A5 hoch

2.12 Muster 12/E: Verordnung häuslicher Krankenpflege

(Stand: 10.2020)

- 2.12.1 Für die Verordnung häuslicher Krankenpflege sind die Muster 12a.1/E bis 12c/E gem. der in Kapitel 2.12.8 bis 2.12.11 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.12.2 Die Verordnung häuslicher Krankenpflege besteht aus folgenden Formularen:
- Muster 12a.1/E und
Muster 12a.2/E : Ausfertigung für die Krankenkasse
Muster 12b: Ausfertigung für den Pflegedienst
Muster 12c: Ausfertigung für den Vertragsarzt
- 2.12.3 Die Muster 12a.1/E bis 12c/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format hoch zu erstellen.
- 2.12.4 Für die Muster 12a1/E und 12a.2/E darf die Duplexbedruckung genutzt werden.
- 2.12.5 Die Muster 12a.1/E, 12b/E und 12c/E werden mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.12.6 unbesetzt
- 2.12.7 unbesetzt

2.12.8 Muster 12a.1/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="text-align: center;">Verordnung häuslicher Krankenpflege 12</h2> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)</p> <p>Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen <i>(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)</i></p> <p>vom _____ bis _____</p>													
Krankenkasse bzw. Kostenträger																										
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																								
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																								
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																								
<input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall																										
Behandlungspflege																										
Medikamentengabe, Präparate _____																										
<input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox <input type="checkbox"/> Medikamentengabe <input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Häufigkeit</th> <th colspan="2">Dauer</th> </tr> <tr> <th>tgl.</th> <th>wtl.</th> <th>mtl.</th> <th>vom</th> <th>bis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Häufigkeit			Dauer		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis															
Häufigkeit			Dauer																							
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																						
Blutzuckermessung <input type="checkbox"/> Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) <input type="checkbox"/> bei intensivierter Insulintherapie																										
Kompressionsbehandlung <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Kompressionsverbände anlegen <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen <input type="checkbox"/> Stützende und stabilisierende Verbände, Art _____																										
Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung Wundart _____ Lokalisation _____ aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) _____ aktueller Grad _____ Präparate, Verbandmaterialien _____																										
<input type="checkbox"/> Wundversorgung akut <input type="checkbox"/> Wundversorgung chronisch <input type="checkbox"/> Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege _____ _____																										
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) _____																										
Anzahl _____																										
Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung																										
<input type="checkbox"/> Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V <input type="checkbox"/> Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Häufigkeit</th> <th colspan="2">Dauer</th> </tr> <tr> <th>tgl.</th> <th>wtl.</th> <th>mtl.</th> <th>vom</th> <th>bis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Häufigkeit			Dauer		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis															
Häufigkeit			Dauer																							
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																						
Weitere Hinweise _____ _____ _____																										
Ausfertigung für die Krankenkasse																										
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.																										
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes PRF NR. Muster 12a.1/E (10/2020)																										

Original: DIN A4 hoch

2.12.9 Muster 12a.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom _____ bis _____

in meinem Haushalt
 im Haushalt einer sonstigen Person
 in einer Werkstatt für behinderte Menschen

in einer Schule, Kindergarten
 in einer Wohngemeinschaft

in einer betreuten Wohnform
 in einer sonstigen Einrichtung

Name _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden

Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person **nicht** erbracht werden

Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Datum _____

Unterschrift des Versicherten
oder des gesetzlichen Vertreters

Angaben des Pflegedienstes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom _____ bis _____

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (*Vertragspartner gem. § 132a Abs. 4 SGB V*)

Name des Pflegedienstes _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Institutionskennzeichen Pflegedienst _____

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name) _____

Telefonnummer des Pflegedienstes _____ Fax-Nr. des Pflegedienstes _____

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes _____

Datum _____

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

PRFNr.
Muster 12a.2/E (10.2020)

Original: DIN A4 hoch

2.12.10 Muster 12b/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="text-align: center;">Verordnung häuslicher Krankenpflege 12</h2> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)</p> <p>Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)</p> <p>vom _____ bis _____</p>														
Krankenkasse bzw. Kostenträger																											
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																									
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																									
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																									
<input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall																											
Behandlungspflege																											
Medikamentengabe, Präparate _____		<i>Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung</i>																									
<input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox <input type="checkbox"/> Medikamentengabe <input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Häufigkeit</th> <th colspan="2">Dauer</th> </tr> <tr> <th>tgl.</th> <th>wtl.</th> <th>mtl.</th> <th>vom</th> <th>bis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Häufigkeit			Dauer		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis															
Häufigkeit			Dauer																								
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																							
Blutzuckermessung <input type="checkbox"/> Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) <input type="checkbox"/> bei intensivierter Insulintherapie		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
Kompressionsbehandlung <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Kompressionsverbände anlegen <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen <input type="checkbox"/> Stützende und stabilisierende Verbände, Art _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung																											
Wundart _____																											
Lokalisation _____ aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) _____ aktueller Grad _____																											
Präparate, Verbandmaterialien _____																											
<input type="checkbox"/> Wundversorgung akut <input type="checkbox"/> Wundversorgung chronisch <input type="checkbox"/> Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege																											
_____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
_____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									
Anzahl _____																											
Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung																											
<input type="checkbox"/> Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V <input type="checkbox"/> Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Häufigkeit</th> <th colspan="2">Dauer</th> </tr> <tr> <th>tgl.</th> <th>wtl.</th> <th>mtl.</th> <th>vom</th> <th>bis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Häufigkeit			Dauer		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis															
Häufigkeit			Dauer																								
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																							
Weitere Hinweise _____ _____ _____		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes PRF NR. Muster 12b/E (10.2020)																									
Ausfertigung für den Pflegedienst		Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.																									

Original: DIN A4 hoch

2.12.11 Muster 12c/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">Verordnung häuslicher Krankenpflege 12</h3> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)</p> <p>Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)</p> <p>vom _____ bis _____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall													
Behandlungspflege													
Medikamentengabe, Präparate _____													
<input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox <input type="checkbox"/> Medikamentengabe <input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan													
Blutzuckermessung <input type="checkbox"/> Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) <input type="checkbox"/> bei intensivierter Insulintherapie													
Kompressionsbehandlung <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Kompressionsverbände anlegen <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen <input type="checkbox"/> Stützende und stabilisierende Verbände, Art _____													
Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung Wundart _____ Lokalisation _____ aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) _____ aktueller Grad _____ Präparate, Verbandmaterialien _____													
<input type="checkbox"/> Wundversorgung akut <input type="checkbox"/> Wundversorgung chronisch <input type="checkbox"/> Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung													
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege _____ Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) _____													
Anzahl _____													
Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung													
<input type="checkbox"/> Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V <input type="checkbox"/> Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung													
Weitere Hinweise _____ _____ _____													
Ausfertigung für den Vertragsarzt		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes <small>PRF NR. Muster 12c/E (10.2020)</small>											

Original: DIN A4 hoch

2.12.12 unbesetzt

2.12.13 unbesetzt

2.12.14 unbesetzt

2.13 Muster 13/E: Heilmittelverordnung

(Stand: 10.2020)

- 2.13.1 Für die Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie) sind die Muster 13.1/E und 13.2/E gemäß der in Kapitel 2.13.7 und 2.13.8 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.13.2 Die Muster 13.1/E und 13.2/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format hoch zu erstellen.
- 2.13.3 Für die Muster 13.1/E und 13.2/E darf die Duplexbedruckung genutzt werden.
- 2.13.4 Das Muster 13.1/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.13.5 unbesetzt
- 2.13.6 unbesetzt

2.13.7 Muster 13.1/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">geb. am</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Kostenträgerkennung</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Versicherten-Nr.</td> <td style="width: 60%; text-align: center;">Status</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Arzt-Nr.</td> <td style="width: 60%; text-align: center;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="margin: 0;">Heilmittelverordnung 13.1</h3> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Podologische Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie </div> <p style="margin-top: 20px;">Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code</p> <p>_____</p> <p>Diagnosegruppe _____ Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c patientenindividuelle Leitsymptomatik <input type="checkbox"/></p> <p style="font-size: small;">Leitsymptomatik (<i>patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben</i>)</p> <p style="margin-top: 20px;">Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">Heilmittel</th> <th style="width: 20%;">Behandlungseinheiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ergänzendes Heilmittel _____</p> <p><input type="checkbox"/> Therapiebericht Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Therapiefrequenz _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen</p> <p>ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">IK des Leistungserbringers _____ Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes _____</p> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRFNr. Muster 13.1/E (10.2020)</p>	Heilmittel	Behandlungseinheiten	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Krankenkasse bzw. Kostenträger																					
Name, Vorname des Versicherten																					
geb. am																					
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																			
Heilmittel	Behandlungseinheiten																				
_____	_____																				
_____	_____																				
_____	_____																				

Original: DIN A5 hoch

2.13.8 Muster 13.2/E

<input type="text" value="Name, Vorname des Versicherten"/>	<input type="text" value="Kostenträgerkennung"/>	<input type="text" value="Versicherten-Nr."/>
---	--	---

Empfangsbestätigung durch den Versicherten
 Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen <i>(erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)</i>	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers
 Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers Belegnummer

Behandlungsabbruch Nach Rücksprache mit dem Arzt
 Abweichung von der Frequenz

Begründung Änderung in Gruppen- Einzel-
 therapie therapie

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

PRF.NR. Muster 13.2/E (10.2020)

Original: DIN A5 hoch

2.14 Muster 14/E: unbesetzt

2.15 Muster 15/E: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe

(Stand: 10.2014)

2.15.1 Für die Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe sind die beiden Muster 15.1/E und 15.2/E gemäß der in Kapitel 2.15.7 - 2.15.8 abgebildeten Form zu verwenden.

2.15.2 Die Muster 15.1/E und 15.2/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format hoch zu erstellen.

2.15.3 Für die Muster 15.1/E und 15.2/E darf die Duplexbedruckung genutzt werden.

2.15.4 Das Muster 15/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformular-bedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.15.5 unbesetzt

2.15.6 unbesetzt

2.15.7 Muster 15.1/E

<p><input type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____</p> <p>Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____</p> <p>Betriebsstätten- Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____</p>	<h2 style="text-align: center;">Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe 15</h2> <p>IK des Leistungserbringers _____ Rechnungsnummer _____ Belegnummer _____</p> <p>Der Anspruchsberechtigte war schon Träger eines Gerätes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja, warum entspricht das bisher getragene Gerät nicht mehr den Anforderungen? _____</p>																																												
<p><input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> operat. erweitert <input type="checkbox"/> eng</p> <p><input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> durchlöchert <input type="checkbox"/> feucht</p> <p style="text-align: center;">Rechts</p> <p style="text-align: center;">Frequenz in kHz</p> <p style="text-align: center;">0,125 0,25 0,5 1 1,5 2 3 4 6 8 10</p> <p style="text-align: center;">Hörverlust in dB</p> <p style="text-align: center;">-10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110</p>	<p><input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> operat. erweitert <input type="checkbox"/> eng</p> <p><input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> durchlöchert <input type="checkbox"/> feucht</p> <p style="text-align: center;">Links</p> <p style="text-align: center;">Frequenz in kHz</p> <p style="text-align: center;">0,125 0,25 0,5 1 1,5 2 3 4 6 8 10</p> <p style="text-align: center;">Hörverlust in dB</p> <p style="text-align: center;">-10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110</p>																																												
<p>WEBER bei 500 Hz</p> <p>re. med. li.</p>																																													
<p>Geräusch</p> <p style="text-align: center;">-10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 dB</p>																																													
<p style="text-align: center;">Rechts</p> <p style="text-align: center;">Verständlichkeit in %</p> <p style="text-align: center;">0 20 40 60 80 100</p> <p style="text-align: center;">Sprachschallpegel in dB</p> <p style="text-align: center;">5 20 35 50 65 80 95 110</p> <p style="text-align: center;">Hörverlust (dB)</p> <p style="text-align: center;">Diskriminationsverlust in % _____</p>	<p style="text-align: center;">Impedanz</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="2">Rechts</th> <th>Sondenoehr</th> <th colspan="2">Links</th> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>MO-Druck mm H₂O</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>dB HL</td> <td>dB SL</td> <td>Stapedius Reflex</td> <td>dB HL</td> <td>dB SL</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0,5 kHz</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1 kHz</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2 kHz</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>4 kHz</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <th>Rechts</th> <th>Fl. Spr. (Zahlen)</th> <th>Links</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Um. Spr. (Zahlen)</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Diskriminationsverlust in % _____</p>	Rechts		Sondenoehr	Links				MO-Druck mm H ₂ O			dB HL	dB SL	Stapedius Reflex	dB HL	dB SL			0,5 kHz					1 kHz					2 kHz					4 kHz			Rechts	Fl. Spr. (Zahlen)	Links					Um. Spr. (Zahlen)	
Rechts		Sondenoehr	Links																																										
		MO-Druck mm H ₂ O																																											
dB HL	dB SL	Stapedius Reflex	dB HL	dB SL																																									
		0,5 kHz																																											
		1 kHz																																											
		2 kHz																																											
		4 kHz																																											
Rechts	Fl. Spr. (Zahlen)	Links																																											
	Um. Spr. (Zahlen)																																												
<p>Diagnose: _____</p> <p>Hörhilfe ist notwendig: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beiderseits</p> <p>Tinnitusmasker / -instrument notwendig: rechts: _____ kHz verdeckbar dB _____ links: _____ kHz verdeckbar dB _____</p> <p>Die Schwerhörigkeit ist Folge von: <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG)</p> <p>Die audiometrischen Untersuchungen wurden von mir bzw. unter meiner Verantwortung vorgenommen.</p>																																													
<p style="font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p style="font-size: x-small;">Muster 15.1/E (10.2014) KBV-PRF-NR.</p>																																													

Original: DIN A4 hoch

2.15.8 Muster 15.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Wichtiger Hinweis für den Versicherten
Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Hörgeräte/Tinnitusmasker/Tinnitusinstrumente bis zu einem Festbetrag.

Kostenvoranschlag des Hörgeräteakustikers
Hörvermögen über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand ohne Hörgerät)

a) mit Einsilbern _____ % oder b) mit Mehrsilbern _____ % (entsprechend DIN 45621)
oder c) mit Sätzen _____ % (Marburger Satztest nach Niemeyer)

Vergleich verschiedener Hörgeräte über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand)

	Nr. der Gruppe			Fabrikat Typ	10-stellige Hilfsmittel- positionsnummer	Verstanden
	Zahlen	Wörter	Sätze			
A						
B						
C						
D						

Nach den durchgeführten Hörproben schlage ich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit folgende Versorgung vor:

Gerät: _____ Positionsnummer: _____

Begründung: _____

Gesamtpreis: _____ Euro

Ausgestellt am _____ Stempel _____ Unterschrift _____

Kostenvoranschlag für Tinnitusmasker Tinnitusinstrument

Gesamtpreis: _____ Euro

Ausgestellt am _____ Stempel _____ Unterschrift _____

Ärztliche Bescheinigung

Ich habe mich davon überzeugt, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird. Das vorgeschlagene Gerät ist zweckmäßig.

Ich habe mich davon überzeugt, dass der Tinnitusmasker/ das Tinnitusinstrument ausreichend zweckmäßig ist.

Ausgestellt am _____ Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Leistung der Krankenkasse

Die Krankenkasse übernimmt _____ Euro.
Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung.

Ausgestellt am _____ Stempel _____ Unterschrift _____

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am _____ die verordnete Hörhilfe den verordneten Tinnitusmasker/ das verordnete Tinnitusinstrument erhalten zu haben.

Unterschrift des Empfängers _____

Raum für interne Vermerke der Krankenkasse

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 15.2/E (10.2014)
KBV-PRF.NR.

Original: DIN A4 hoch

2.16 Muster 16: Arzneiverordnungsblatt

(Stand: 10.2014)

- 2.16.1 Für die Verordnung von Arznei- und Verbandsmitteln sowie von Hilfsmitteln mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörhilfen wird der konventionelle Vordruck (Muster 16) nach Anlage 2 BMV-Ä verwandt.
- 2.16.2 Das Arzneiverordnungsblatt ist im Format DIN A6 quer erstellt.
- 2.16.3 unbesetzt
- 2.16.4 unbesetzt
- 2.16.5 unbesetzt

2.16.6 Muster 16

Frankfurt am Main, Kassenbezirk		Info. Nr. 1	Info. Nr. 2	Info. Nr. 3	Info. Nr. 4	Info. Nr. 5	Info. Nr. 6	Info. Nr. 7	Info. Nr. 8	Info. Nr. 9	Info. Nr. 10	Info. Nr. 11	Info. Nr. 12	Info. Nr. 13	Info. Nr. 14	Info. Nr. 15	Info. Nr. 16	Info. Nr. 17	Info. Nr. 18	Info. Nr. 19	Info. Nr. 20
Name, Vorname des Versicherten		Zusatzinfo																			
Kostenträger-Nr.		Versicherten-Nr.		Status																	
Leistungsarten-Nr.		Arzt-Nr.		Lohn																	
Rp. (Bitte Jahresdauer durchschreiben)		Vergütungsart																			
Abgänger-Nr. der Apotheke		Jahreszahl des Arztes																			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer																			

Original: DIN A6 quer

2.17 Muster 17/E: unbesetzt

2.18 Muster 18/E: unbesetzt

2.19 Muster 19/E: Notfall-/Vertretungsschein

(Stand: 10.2014)

2.19.1 Für die Abrechnung der Leistungen im ärztlichen Notfalldienst und bei Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung sind die Muster 19a/E bis 19c/E gemäß der in Kapitel 2.19.9 bis 2.19.11 abgebildeten Form zu verwenden.

2.19.2 Das Muster 19/E besteht aus drei Formularen:

Muster 19a/E: Ausfertigung als Abrechnungsplan

Muster 19b/E: Ausfertigung für den weiterbehandelnden Arzt

Muster 19c/E: Ausfertigung für den vertretenden Arzt

2.19.3 Die Formulare 19a/E - 19c/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A5 quer zu erstellen.

2.19.4 Die Muster 19a/E - 19b/E werden mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.19.5 Das Formular 19c/E wird nicht mit einem Barcode versehen.

2.19.6 Der Ausdruck von Muster 19a/E mittels EDV bleibt dem Arzt freigestellt, wenn die elektronische Gesundheitskarte des Patienten eingelesen wurde.

2.19.7 unbesetzt

2.19.8 unbesetzt

2.19.9 Muster 19a/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<p style="text-align: right;">19BF</p> <p>Notfall-/Vertretungsschein</p> <p> <input type="checkbox"/> ärztlicher Notfalldienst <input type="checkbox"/> Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung <input type="checkbox"/> Notfall Quartal ___/___ </p> <p> <input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M </p> <p>Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																											
<p>Befunde/Therapie <i>bitte auf Teil b eintragen!</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 5px 0;"> aus Datenschutzgründen freibleibend </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Tag</th> <th style="width: 10%;">Monat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small;">Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.</p> <p style="font-size: small;">Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____</p>	Tag	Monat	Tag	Monat	Tag	Monat	Tag	Monat	Tag	Monat																																																			<p style="text-align: center;">Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 5px 0;"></div> <p style="font-size: small;"><i>Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:</i></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 5px 0;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Vertragsarztstempel</p> <p style="font-size: x-small;">Muster 19a/E (10.2014) KBV-PRF-NR.</p>
Tag	Monat	Tag	Monat	Tag	Monat	Tag	Monat	Tag	Monat																																																				

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Original: DIN A5 quer

2.19.10 Muster 19b/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<p style="text-align: right;">19BF</p> <p>Notfall-/Vertretungsschein</p> <p> <input type="checkbox"/> ärztlicher Notfalldienst <input type="checkbox"/> Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung <input type="checkbox"/> Notfall Quartal ___/___ </p> <p> <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M </p> <p>Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																											
<p>Befunde/Therapie</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> <p><i>Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:</i></p> <p>_____</p> </div>																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tag</th> <th>Monat</th> <th>Tag</th> <th>Monat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Tag	Monat	Tag	Monat																																									<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> <p>Vertragsarztstempel</p> </div>
Tag	Monat	Tag	Monat																																										
<p>Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.</p> <p>Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____</p>	<p>Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt</p> <div style="border: 2px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> <p style="font-size: small;">Muster 19b/E (10.2014) KBV-PRF.NR.</p>																																												

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Original: DIN A5 quer

2.19.11 Muster 19c/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">Notfall-/Vertretungsschein</h3> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> ärztlicher Notfalldienst <input type="checkbox"/> Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung <input type="checkbox"/> Notfall </div> <div style="text-align: right;"> Quartal ___/___ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div> <input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen </div> <div style="text-align: right;"> Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M </div> </div> <p>Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen</p> <hr/> <hr/> <hr/>															
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten																															
geb. am																															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																													
<p>Befunde/Therapie</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p><i>Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:</i></p> <hr/> </div>																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="width: 100px;"></td> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Tag	Monat		Tag	Monat		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: right;">Vertragsarztstempel</p> </div>									
Tag	Monat		Tag	Monat																											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.</p> </div>	<p>Zum Verbleib beim vertretenden Arzt</p> <div style="border: 2px solid black; width: 50px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>																														
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____</p> </div>	<p style="font-size: small; text-align: center;">Muster 19c/E (10.2014) KBV-PRF.NR.</p>																														

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

Original: DIN A5 quer

- 2.20 Muster 20/E:
 Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
 (Wiedereingliederungsplan)

 (Stand: 01.2019)
- 2.20.1 Der Wiedereingliederungsplan besteht aus den Mustern 20a/E bis 20d/E.
- Muster 20a/E: Ausfertigung für den Arbeitgeber
 Muster 20b/E: Ausfertigung für die Krankenkasse
 Muster 20c/E: Ausfertigung für den Versicherten
 Muster 20d/E: Ausfertigung für den Arzt
- 2.20.2 Die Muster 20a/E - 20d/E sind im Format DIN A4 hoch zu erstellen und
 gemäß der in Kapitel 2.20.8 bis 2.20.11 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.20.3 Das Muster 20b/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen
 des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformular-
 bedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.20.4 unbesetzt
- 2.20.5 unbesetzt
- 2.20.6 unbesetzt
- 2.20.7 unbesetzt

2.20.8 Muster 20a/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: right; padding: 2px;">geb. am</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten				geb. am		Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">20</div> <h3 style="margin: 0;">Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</h3> <p style="margin: 5px 0;">zuletzt ausgeübte Tätigkeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Stunden täglich _____</p> <p style="margin-top: 20px;">Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%; text-align: left;">vom</th> <th style="width: 25%; text-align: left;">bis</th> <th style="width: 30%; text-align: left;">Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)</th> <th style="width: 20%; text-align: left;">Stunden täglich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 20px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin: 5px auto; text-align: center; font-size: 0.8em;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div> <hr/> <p>Erklärung des Versicherten</p> <p>Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.</p> <p style="text-align: right;">Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px auto; text-align: center; font-size: 0.8em;"> Unterschrift des Versicherten </div> <hr/> <p>Erklärung des Arbeitgebers</p> <p>Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nur unter folgenden Voraussetzungen _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p style="text-align: right;">Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center; font-size: 0.8em;"> Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> Ausfertigung für den Arbeitgeber </div> <p style="font-size: 0.7em; margin-top: 5px;">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>	vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																				
Name, Vorname des Versicherten																																				
	geb. am																																			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.																																			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																		
vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich																																	
_____	_____	_____	_____																																	
_____	_____	_____	_____																																	
_____	_____	_____	_____																																	
_____	_____	_____	_____																																	

PRE-NR.
Muster 20a/E (1.2019)

Original: DIN A4 hoch

2.20.9 Muster 20b/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: right; padding: 2px;">geb. am</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten				geb. am		Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">20</div> <h3 style="margin: 0;">Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</h3> <p style="margin: 5px 0;">zuletzt ausgeübte Tätigkeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">Stunden täglich</p> <p>_____</p> <p style="margin-top: 20px;">Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%; text-align: left;">vom</th> <th style="width: 20%; text-align: left;">bis</th> <th style="width: 40%; text-align: left;">Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)</th> <th style="width: 20%; text-align: left;">Stunden täglich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 20px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 10px auto; text-align: center; font-size: 0.8em;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div> <hr/> <p>Erklärung des Versicherten</p> <p>Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Datum</p> <p>_____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 10px auto; text-align: center; font-size: 0.8em;"> Unterschrift des Versicherten </div> <hr/> <p>Erklärung des Arbeitgebers</p> <p>Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nur unter folgenden Voraussetzungen _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Datum</p> <p>_____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 10px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> Ausfertigung für die Krankenkasse </div> <p style="font-size: 0.7em; margin-top: 5px;">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>	vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																				
Name, Vorname des Versicherten																																				
	geb. am																																			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																		
vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich																																	
_____	_____	_____	_____																																	
_____	_____	_____	_____																																	
_____	_____	_____	_____																																	
_____	_____	_____	_____																																	

PF-F NR.
Muster 20b/E (1.2019)

Original: DIN A4 hoch

2.20.10 Muster 20c/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">20</div> <h3 style="margin: 0;">Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</h3> <p style="margin: 0;">zuletzt ausgeübte Tätigkeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Stunden täglich _____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum _____

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja

nur unter folgenden Voraussetzungen _____

nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja

nein

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Versicherten

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PPE NR.
Muster 20c/E (1.2019)

Original: DIN A4 hoch

2.20.11 Muster 20d/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">20</div> <h3 style="margin: 0;">Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</h3> <p>zuletzt ausgeübte Tätigkeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Stunden täglich _____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<p>Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit</p>													
vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich										
_____	_____	_____	_____										
_____	_____	_____	_____										
_____	_____	_____	_____										
_____	_____	_____	_____										
Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig													
<p>Erklärung des Versicherten</p> <p>Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.</p>													
Datum			Unterschrift des Versicherten										
<p>Erklärung des Arbeitgebers</p> <p>Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nur unter folgenden Voraussetzungen _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>													
<p>Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>													
Datum			Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers										
<p style="text-align: center; font-weight: bold;">Ausfertigung für den Vertragsarzt</p> <p style="font-size: 0.8em;">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>			<p>PFV NR. Muster 20d/E (1.2019)</p>										

Original: DIN A4 hoch

- 2.21 Muster 21/E:
 Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei
 Erkrankung eines Kindes

 (Stand: 10.2014)
- 2.21.1 Für die Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei
 Erkrankung eines Kindes ist das Muster 21/E gemäß der in Kapitel 2.21.7
 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.21.2 Das Formular ist im Format DIN A5 hoch erstellt.
- 2.21.3 Das Muster 21/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikation des
 Barcodes ist dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in
 der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.21.4 unbesetzt
- 2.21.5 unbesetzt
- 2.21.6 unbesetzt

2.22 Muster 22/E:
Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie

(Stand: 10.2014)

2.22.1 Der Konsiliararzt hat den Konsiliarbericht nach Anforderung durch den Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-therapeuten nach persönlicher Untersuchung des Patienten zu erstellen. Dazu sind die Muster 22a/E-22d/E gemäß der in Kapitel 2.22.8 bis 2.22.11 abgebildeten Form zu verwenden.

2.22.2 Das Muster 22/E besteht aus vier Formularen:

Muster 22a/E: Ausfertigung für den Therapeuten

Muster 22b/E: Ausfertigung für den Gutachter

Muster 22c/E: Ausfertigung für den Vertragsarzt

Muster 22d/E: Ausfertigung für die Krankenkasse

2.22.3 Die Muster 22a/E bis 22d/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format hoch zu erstellen.

2.22.4 Die Formulare werden nicht mit einem Barcode versehen.

2.22.5 unbesetzt

2.22.6 unbesetzt

2.22.7 unbesetzt

2.22.11 Muster 22d/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<h3 style="margin: 0;">Konsiliarbericht 22</h3> <p style="margin: 0;">vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</p> <p>Auf Veranlassung von: _____ <small>Arztnummer</small></p> <p>_____ <small>Name des Therapeuten</small> <small>Betriebsstättennummer</small></p>
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am			
<small>Kostenträgerkennung</small>	<small>Versicherten-Nr.</small>	<small>Status</small>	
<small>Betriebsstätten-Nr.</small>	<small>Arzt-Nr.</small>	<small>Datum</small>	

Aus Datenschutzgründen freibleibend

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
 Art der Maßnahme: _____

Ausstellungsdatum

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

KBV-PRF NR. Muster 22d/E (10.2014)

Original: DIN A4 hoch

- 2.23 Muster 23/E: unbesetzt
- 2.24 Muster 24/E: unbesetzt
- 2.25 Muster 25/E:
Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V
(Stand: 1.2015)
- 2.25.1 Für die Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung gemäß § 23 Abs. 2 SGB V kann das in Kapitel 2.25.8 abgebildete Formular verwendet werden. Anschließend ist es dem von der Krankenkasse an den Vertragsarzt übermittelten Vordruckmuster 25 anzuheften.
- 2.25.2 Die Vorderseite des Vordrucks kann von der Krankenkasse frei gestaltet werden, jedoch darf sie keine vom Vertragsarzt zu beantwortenden Fragen enthalten.
- 2.25.3 Das Formular ist im Format DIN A4 hoch zu erstellen.
- 2.25.4 Das Muster 25/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikation des Barcodes ist dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.25.5 unbesetzt
- 2.25.6 unbesetzt
- 2.25.7 unbesetzt

2.25.8 Muster 25/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.																
Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V																		
<input type="checkbox"/> bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung <input type="checkbox"/> zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten <input type="checkbox"/> bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern																		
Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																		
Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel/Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Übergewicht/ Fehlnahrung <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Sonstige Risikofaktoren _____ <input type="checkbox"/> aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): _____																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung</th> <th style="width: 10%;">seit wann ?</th> <th style="width: 15%;">Ursache</th> <th style="width: 15%;">Verlauf</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	seit wann ?	Ursache	Verlauf	1.				2.				3.			
Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	seit wann ?	Ursache	Verlauf															
1.																		
2.																		
3.																		
Ursache: 1=Unfallfolgen; 2=Berufskrankheit; 3=Gesundheitsschäden nach dem BVG Verlauf: 1= chronisch rezidivierend; 2=chronisch progredient; 3=konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezivierenden somatischen Erkrankungen																		
Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund: _____ Datum der letzten Untersuchung: <input type="text"/>																		
Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht) <input type="checkbox"/> können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden <input type="checkbox"/> liegen nicht vor																		
Angestrebtes Vorsorgeziel (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung): _____																		
Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt? <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Physik. Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Patientenschulung <input type="checkbox"/> Rehasport/Funktionstraining <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): _____																		
<i>Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!</i> Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch <u>dringend</u> erforderlich (z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil _____																		
Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z. B. Klima, Allergiefaktoren)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____ empfohlener Kurort: _____ Dauer: _____ Wochen																		
Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																		
Ggf. weitere Bemerkungen: _____ _____																		
- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM berechnungsfähig - Hinweis: Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und 73 Abs. 2 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.		Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes _____ <small>Muster 25/E (1.2015) KBV-PRF NR.</small>																
<small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>																		

Original: DIN A4 hoch

2.26 Muster 26/E: Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V

(Stand: 10.2017)

- 2.26.1 Für die Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V sind die Muster 26a/E, 26b/E und 26c/E gemäß der in Kapitel 2.26.5 bis 2.26.7 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.26.2 Die Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V besteht aus drei Formularen:
- Muster 26a/E: Ausfertigung für die Krankenkasse
 - Muster 26b/E: Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer
 - Muster 26c/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt
- 2.26.3 Die Muster 26a/E bis 26c/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format hoch zu erstellen.
- 2.26.4 Die Muster 26a/E bis 26c/E werden mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.26.5 Muster 26a/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V</h3> <p style="text-align: right; font-weight: bold;">26</p> <p>Diagnose (ICD-10-Code) _____</p> <p>Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger																	
Name, Vorname des Versicherten																	
		geb. am															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status															
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum															
<p>Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i></p> <p>Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																	
<p>Angaben des Versicherten</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</p>	<p>Angaben des nächsten Angehörigen</p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>																
<p>Angaben zum Betreuer</p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																	
<p>Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Voraussichtliche Dauer der Therapie _____</p> <p>Prognose _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Bereits durchgeführte Leistungen _____</p>																
<p>Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>Begründung _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																	
<p><i>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigefügt!</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>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.</p> </div> <p><i>Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen!</i></p> <p style="text-align: center;">Ausfertigung für die Krankenkasse</p> <p>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>																	
		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">KBV-PRF.NR. Muster 26a/E (10.2017)</p>															

Original: DIN A4 hoch

2.26.6 Muster 26b/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V</h3> <p style="text-align: right; font-weight: bold;">26</p> <p>Diagnose (ICD-10-Code) _____</p> <p>Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p> <p>Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i></p> <p>Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Angaben des Versicherten</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Angaben des nächsten Angehörigen</p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Angaben zum Betreuer</p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten?</p> <p>_____</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> </td> </tr> </table> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Voraussichtliche Dauer der Therapie _____</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p>Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Bereits durchgeführte Leistungen _____</p> </td> </tr> </table> <p>Prognose</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>Begründung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Für das Ausstellen der <i>Erst</i>verordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der <i>Folge</i>verordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.</p> </div> <p style="text-align: right;">Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 5px auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>	<p>Angaben des Versicherten</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</p>	<p>Angaben des nächsten Angehörigen</p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>	<p>Angaben zum Betreuer</p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten?</p> <p>_____</p>	<p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>	<p>Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Voraussichtliche Dauer der Therapie _____</p>	<p>Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Bereits durchgeführte Leistungen _____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																						
Name, Vorname des Versicherten																						
		geb. am																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																				
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																				
<p>Angaben des Versicherten</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</p>	<p>Angaben des nächsten Angehörigen</p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>																					
<p>Angaben zum Betreuer</p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten?</p> <p>_____</p>	<p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>																					
<p>Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Voraussichtliche Dauer der Therapie _____</p>	<p>Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Bereits durchgeführte Leistungen _____</p>																					

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF NR.
Muster 26b/E (10.2017)

Original: DIN A4 hoch

2.26.7 Muster 26c/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V</h3> <p style="text-align: right; font-weight: bold;">26</p> <p>Diagnose (ICD-10-Code) _____</p> <p>Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p> <p>Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i></p> <p>Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Angaben des Versicherten</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Angaben des nächsten Angehörigen</p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Angaben zum Betreuer</p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten?</p> <p>_____</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> </td> </tr> </table> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____</td> <td style="width: 50%;">Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____</td> </tr> <tr> <td>Voraussichtliche Dauer der Therapie _____</td> <td>Bereits durchgeführte Leistungen _____</td> </tr> </table> <p>Prognose</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>Begründung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Für das Ausstellen der <i>Erst</i>verordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der <i>Folge</i>verordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.</p> </div> <p style="text-align: right;">Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 10px auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</p> </div> <p style="font-size: x-small;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p style="font-size: x-small; text-align: right;">KBV-PRF.NR. Muster 26c/E (10.2017)</p>	<p>Angaben des Versicherten</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</p>	<p>Angaben des nächsten Angehörigen</p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>	<p>Angaben zum Betreuer</p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten?</p> <p>_____</p>	<p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>	Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____	Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____	Voraussichtliche Dauer der Therapie _____	Bereits durchgeführte Leistungen _____
Krankenkasse bzw. Kostenträger																								
Name, Vorname des Versicherten																								
		geb. am																						
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																						
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																						
<p>Angaben des Versicherten</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</p>	<p>Angaben des nächsten Angehörigen</p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>																							
<p>Angaben zum Betreuer</p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten?</p> <p>_____</p>	<p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>																							
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____	Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____																							
Voraussichtliche Dauer der Therapie _____	Bereits durchgeführte Leistungen _____																							

Original: DIN A4 hoch

2.27 Muster 27/E: Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V

(Stand: 10.2014)

2.27.1 Für die Erstellung des Soziotherapeutischen Betreuungsplans gemäß § 37a SGB V sind die Muster 27a/E, 27b/E und 27c/E gemäß der in Kapitel 2.27.5 bis 2.27.7 abgebildeten Form zu verwenden.

2.27.2 Der Soziotherapeutische Betreuungsplan besteht aus drei Formularen:

Muster 27a/E: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 27b/E: Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer

Muster 27c/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt

2.27.3 Die Muster 27a/E bis 27c/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format hoch zu erstellen.

2.27.4 Die Muster 27a/E bis 27c/E werden mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.27.5 Muster 27a/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">27</div> <h3 style="margin: 0;">Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V</h3> <p style="margin: 0;"><i>(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 60%;">IK des Leistungserbringers</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)</p> <hr/><hr/><hr/><hr/> <p>Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: left; padding: 5px;">Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen</th> </tr> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Art der Maßnahmen</th> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Frequenz pro Woche / Monat</th> <th style="width: 30%; padding: 5px;">Zeitraum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	IK des Leistungserbringers		Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen			Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum												
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																															
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																															
IK des Leistungserbringers																																	
Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen																																	
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Ausstellungsdatum</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Datum Unterschrift des Therapeuten</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</td> <td style="padding: 5px;">Datum Unterschrift des Patienten</td> </tr> </table>	Ausstellungsdatum		Datum Unterschrift des Therapeuten	Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	Datum Unterschrift des Patienten																											
Ausstellungsdatum		Datum Unterschrift des Therapeuten																															
Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	Datum Unterschrift des Patienten																															

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 27a/E (10.2014) KBV-PRF.NR.

Original: DIN A4 hoch

2.27.6 Muster 27b/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">27</div> <h3 style="margin: 0;">Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V</h3> <p style="margin: 0;"><i>(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 60%;">IK des Leistungserbringers</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)</p> <hr/><hr/><hr/><hr/> <p>Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: left; padding: 5px;">Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen</th> </tr> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Art der Maßnahmen</th> <th style="width: 25%; padding: 5px;">Frequenz pro Woche / Monat</th> <th style="width: 25%; padding: 5px;">Zeitraum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	IK des Leistungserbringers		Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen			Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum												
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																															
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																															
IK des Leistungserbringers																																	
Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen																																	
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum																															

Ausstellungsdatum		Datum	Unterschrift des Therapeuten
1. Durchschlag zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	Datum	Unterschrift des Patienten

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 27b/E (10.2014) KBV-PRF.NR.

Original: DIN A4 hoch

2.27.7 Muster 27c/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">27</div> <h3 style="margin: 0;">Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V</h3> <p style="margin: 0;"><i>(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</i></p> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 60%;">IK des Leistungserbringers</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)</p> <hr/><hr/><hr/><hr/> <p>Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ </div> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: left; padding: 5px;">Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen</th> </tr> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Art der Maßnahmen</th> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Frequenz pro Woche / Monat</th> <th style="width: 30%; padding: 5px;">Zeitraum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	IK des Leistungserbringers		Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen			Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum												
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																															
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																															
IK des Leistungserbringers																																	
Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen																																	
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Ausstellungsdatum</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Datum Unterschrift des Therapeuten</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2. Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt</td> <td style="padding: 5px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</td> <td style="padding: 5px;">Datum Unterschrift des Patienten</td> </tr> </table>	Ausstellungsdatum		Datum Unterschrift des Therapeuten	2. Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	Datum Unterschrift des Patienten																											
Ausstellungsdatum		Datum Unterschrift des Therapeuten																															
2. Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	Datum Unterschrift des Patienten																															

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 27c/E (10.2014) KBV-PRF.NR.

Original: DIN A4 hoch

2.28.5 **Muster 28a/E**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">28</div> <p>Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten</p> <p>Diagnose (ICD-10-Code) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p> <p>Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>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 _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: auto; margin-right: auto;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div> <p>Soziotherapeutischer Leistungserbringer Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.</p> <p>IK des Leistungserbringers _____</p> <p>Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers Folgende Leistungen wurden erbracht</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Datum</th> <th>Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> <p>Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto</p> <p>Kontoinhaber _____</p> <p>IBAN _____</p> <p>BIC _____ Geldinstitut _____</p> <p>Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: auto; margin-right: auto;">Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers</div>	Datum	Leistung	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Krankenkasse bzw. Kostenträger																										
Name, Vorname des Versicherten																										
		geb. am																								
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																								
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																								
Datum	Leistung																									
_____	_____																									
_____	_____																									
_____	_____																									
_____	_____																									

Ausfertigung für die Krankenkasse

Diese Ausfertigung ist vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF NR. Muster 28a/E(10.2017)

Original: DIN A4 hoch

2.28.6 Muster 28b/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">28</div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten</h3> <p>Diagnose (ICD-10-Code) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p> <p>Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>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 _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: 100px; text-align: center; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div> <p>Soziotherapeutischer Leistungserbringer Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.</p> <p>IK des Leistungserbringers _____</p> <p>Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers Folgende Leistungen wurden erbracht</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Datum</th> <th>Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> <p>Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto</p> <p>Kontoinhaber _____</p> <p>IBAN _____</p> <p>BIC _____ Geldinstitut _____</p> <p>Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 200px;">Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: 100px; text-align: center; font-size: 0.8em;">Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers</div> <p style="font-size: 0.7em;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p style="font-size: 0.7em; text-align: right;">KBV-PRF NR. Muster 28b/E(10.2017)</p>	Datum	Leistung	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Krankenkasse bzw. Kostenträger																							
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																					
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																					
Datum	Leistung																						
_____	_____																						
_____	_____																						
_____	_____																						
_____	_____																						

Original: DIN A4 hoch

2.28.7 Muster 28c/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">28</div> <h3 style="margin: 0;">Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten</h3> <p>Diagnose (ICD-10-Code) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p> <p>Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>Erklärung des Arztes Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen ordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu Name des soziotherapeutischen Leistungserbringers _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.</div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<p>Soziotherapeutischer Leistungserbringer Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.</p> <p>IK des Leistungserbringers _____</p> <p>Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers Folgende Leistungen wurden erbracht</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%; text-align: left;">Datum</th> <th style="text-align: left;">Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>		Datum	Leistung	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____					
Datum	Leistung															
_____	_____															
_____	_____															
_____	_____															
_____	_____															
<p>Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto</p> <p>Kontoinhaber _____</p> <p>IBAN _____</p> <p>BIC _____ Geldinstitut _____</p> <p>Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Ausfertigung für den verordnenden Arzt</div> <p style="font-size: 0.7em;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <div style="text-align: right; font-size: 0.8em;">Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers KBV-PRF NR. Muster 28c/E(10.2017)</div>																

Original: DIN A4 hoch

2.29	Muster 29/E:	unbesetzt
2.30	Muster 30/E:	unbesetzt
2.31	Muster 31/E:	unbesetzt
2.32	Muster 32/E:	unbesetzt
2.33	Muster 33/E:	unbesetzt
2.34	Muster 34/E:	unbesetzt
2.35	Muster 35/E:	unbesetzt

- 2.36 Muster 36/E:
Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. §
20 Abs. 5 SGB V
(Stand: 7.2017)
- 2.36.1 Für die Empfehlung einer verhaltensbezogenen Primärprävention ist das
Muster 36/E gem. der in Kap. 2.36.7 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.36.2 Das Muster 36/E ist auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format hoch zu
erstellen.
- 2.36.3 Das Muster 36/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des
Barcode sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in
der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.36.4 unbesetzt
- 2.36.5 unbesetzt
- 2.36.6 unbesetzt

2.36.7 Muster 36/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Empfehlung 36 zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V <input type="checkbox"/> Bewegungsgewohnheiten <input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Stressmanagement <input type="checkbox"/> Suchtmittelkonsum Sonstiges _____
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
<p>Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.</p> <p>Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.			KBV-PRF-NR. Muster 36/E (7.2017)

Original DIN A 5 hoch

2.37 Muster 37/E: unbesetzt

2.38 Muster 38/E: unbesetzt

2.39 Muster 39/E: Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom

(Stand: 01.2021)

- 2.39.1 Für die Beauftragung des Primärscreenings oder der Abklärungsdiagnostik sowie für die Befundübermittlung im Rahmen der organisierten Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom gem. G-BA-Richtlinie sind die Muster 39a/E und 39b/E gemäß der in Kapitel 2.38.7 und 2.39.8 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.39.2 Das Muster 39 besteht aus zwei Formularen:
- Muster 39a: Ausfertigung für den untersuchenden Arzt
Muster 39b: Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt
- 2.39.3 Muster 39a/E und 39b/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A 4 hoch zu erstellen.
- 2.39.4 Die Muster 39a/E und 39b/E werden mit einem Barcode versehen. Die Barcodes der Muster 39a/E und 39b/E können optional eine Anforderungs-ID enthalten. Die Spezifikation des Barcodes ist dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.39.5 unbesetzt
- 2.39.6 unbesetzt

2.39.7 Muster 39a/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p>Alterskategorie <input type="checkbox"/> 20-29 Jahre <input type="checkbox"/> 30-34 Jahre <input type="checkbox"/> ab 35 Jahre</p> <p>Auftrag <i>(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)</i></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Primär-screening</td> <td><input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik</td> <td><input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zytologie</td> <td><input type="checkbox"/> HPV-Test</td> <td></td> </tr> </table> <p>Anamnese Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt _____</p> <p>Gruppe _____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>HPV-Impfung</td> <td>HPV-HR-Testergebnis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> vollständig</td> <td><input type="checkbox"/> liegt nicht vor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> unvollständig</td> <td><input type="checkbox"/> liegt vor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> keine</td> <td><input type="checkbox"/> positiv</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> unklar</td> <td><input type="checkbox"/> negativ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nicht verwertbar</td> </tr> </table> <p>Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ Wann? _____</p> <p>Jetzt: Letzte Periode _____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Gravidität</td> <td style="text-align: center;">nein</td> <td style="text-align: center;">ja</td> </tr> <tr> <td>Ausfluss / pathologische Blutung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>IUP</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung <i>(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Klinischer Befund <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Erläuterungen <i>ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen</i></p> </div>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> Primär-screening	<input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik	<input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)	<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> HPV-Test		HPV-Impfung	HPV-HR-Testergebnis	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> nicht verwertbar	Gravidität	nein	ja	Ausfluss / pathologische Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung <i>(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<h2 style="text-align: center;">Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom</h2> <p style="text-align: center;">Auftragsnummer des Labors</p> <div style="text-align: right;"> 39 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p>Zytologischer Befund / Kombinationsbefund</p> <p>Eingangsdatum _____</p> <p>Endozervikale Zellen <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden</p> <p>Proliferationsgrad _____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Döderleinflora</td> <td><input type="checkbox"/> Mischflora</td> <td><input type="checkbox"/> Kokkenflora</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trichomonaden</td> <td><input type="checkbox"/> Candida</td> <td><input type="checkbox"/> Gardnerella</td> </tr> </table> <p>Gruppe _____</p> <p>HPV-HR-Testergebnis <input type="checkbox"/> positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht differenzierbar</p> <p><input type="checkbox"/> negativ</p> <p><input type="checkbox"/> nicht verwertbar</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Bemerkungen</p> </div> <p>Zusammenfassende Empfehlung</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle</td> <td><input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung</td> <td><input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HPV-Test</td> <td><input type="checkbox"/> Ko-Test</td> <td><input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie</td> </tr> </table> <p>Zeitraum <input type="checkbox"/> in _____ Monaten <input type="checkbox"/> sofort</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div>	<input type="checkbox"/> Döderleinflora	<input type="checkbox"/> Mischflora	<input type="checkbox"/> Kokkenflora	<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Gardnerella	<input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle	<input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung	<input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung	<input type="checkbox"/> HPV-Test	<input type="checkbox"/> Ko-Test	<input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																										
Name, Vorname des Versicherten																																																										
geb. am																																																										
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																								
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																								
<input type="checkbox"/> Primär-screening	<input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik	<input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)																																																								
<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> HPV-Test																																																									
HPV-Impfung	HPV-HR-Testergebnis																																																									
<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor																																																									
<input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> liegt vor																																																									
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> positiv																																																									
<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> negativ																																																									
	<input type="checkbox"/> nicht verwertbar																																																									
Gravidität	nein	ja																																																								
Ausfluss / pathologische Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
IUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung <i>(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
<input type="checkbox"/> Döderleinflora	<input type="checkbox"/> Mischflora	<input type="checkbox"/> Kokkenflora																																																								
<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Gardnerella																																																								
<input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle	<input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung	<input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung																																																								
<input type="checkbox"/> HPV-Test	<input type="checkbox"/> Ko-Test	<input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie																																																								

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

PRFNR. Muster 39a/E (1.2021)

Original: DIN A4 hoch

2.39.8 Muster 39b/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p>Alterskategorie <input type="checkbox"/> 20-29 Jahre <input type="checkbox"/> 30-34 Jahre <input type="checkbox"/> ab 35 Jahre</p> <p>Auftrag <i>(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)</i></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Primär-screening</td> <td><input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik</td> <td><input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zytologie</td> <td><input type="checkbox"/> HPV-Test</td> <td></td> </tr> </table> <p>Anamnese Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt _____</p> <p>Gruppe _____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>HPV-Impfung</td> <td>HPV-HR-Testergebnis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> vollständig</td> <td><input type="checkbox"/> liegt nicht vor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> unvollständig</td> <td><input type="checkbox"/> liegt vor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> keine</td> <td><input type="checkbox"/> positiv</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> unklar</td> <td><input type="checkbox"/> negativ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nicht verwertbar</td> </tr> </table> <p>Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ Wann? _____</p> <p>Jetzt: Letzte Periode _____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Gravidität</td> <td style="text-align: center;">nein</td> <td style="text-align: center;">ja</td> </tr> <tr> <td>Ausfluss / pathologische Blutung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>IUP</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung <i>(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Klinischer Befund <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Erläuterungen <i>ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen</i></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt</p> </div>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> Primär-screening	<input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik	<input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)	<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> HPV-Test		HPV-Impfung	HPV-HR-Testergebnis	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> nicht verwertbar	Gravidität	nein	ja	Ausfluss / pathologische Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung <i>(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<h2 style="text-align: center;">Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom</h2> <p style="text-align: center;">Auftragsnummer des Labors</p> <div style="text-align: right;"> <p>39</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <h3 style="text-align: center;">Zytologischer Befund / Kombinationsbefund</h3> <p>Eingangsdatum _____</p> <p>Endozervikale Zellen <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden</p> <p>Proliferationsgrad _____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Döderleinflora</td> <td><input type="checkbox"/> Mischflora</td> <td><input type="checkbox"/> Kokkenflora</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trichomonaden</td> <td><input type="checkbox"/> Candida</td> <td><input type="checkbox"/> Gardnerella</td> </tr> </table> <p>Gruppe _____</p> <p>HPV-HR-Testergebnis <input type="checkbox"/> positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht differenzierbar</p> <p><input type="checkbox"/> negativ</p> <p><input type="checkbox"/> nicht verwertbar</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Bemerkungen</p> </div> <p>Zusammenfassende Empfehlung</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle</td> <td><input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung</td> <td><input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HPV-Test</td> <td><input type="checkbox"/> Ko-Test</td> <td><input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie</td> </tr> </table> <p>Zeitraum <input type="checkbox"/> in _____ Monaten <input type="checkbox"/> sofort</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> </div> </div>	<input type="checkbox"/> Döderleinflora	<input type="checkbox"/> Mischflora	<input type="checkbox"/> Kokkenflora	<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Gardnerella	<input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle	<input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung	<input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung	<input type="checkbox"/> HPV-Test	<input type="checkbox"/> Ko-Test	<input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																										
Name, Vorname des Versicherten																																																										
		geb. am																																																								
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																								
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																								
<input type="checkbox"/> Primär-screening	<input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik	<input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)																																																								
<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> HPV-Test																																																									
HPV-Impfung	HPV-HR-Testergebnis																																																									
<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor																																																									
<input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> liegt vor																																																									
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> positiv																																																									
<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> negativ																																																									
	<input type="checkbox"/> nicht verwertbar																																																									
Gravidität	nein	ja																																																								
Ausfluss / pathologische Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
IUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung <i>(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
<input type="checkbox"/> Döderleinflora	<input type="checkbox"/> Mischflora	<input type="checkbox"/> Kokkenflora																																																								
<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Gardnerella																																																								
<input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle	<input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung	<input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung																																																								
<input type="checkbox"/> HPV-Test	<input type="checkbox"/> Ko-Test	<input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie																																																								

2.40	Muster 40/E:	unbesetzt
2.41	Muster 41/E:	unbesetzt
2.42	Muster 42/E:	unbesetzt
2.43	Muster 43/E:	unbesetzt
2.44	Muster 44/E:	unbesetzt
2.45	Muster 45/E:	unbesetzt
2.46	Muster 46/E:	unbesetzt
2.47	Muster 47/E:	unbesetzt
2.48	Muster 48/E:	unbesetzt
2.49	Muster 49/E:	unbesetzt

2.50 Muster 50/E: Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Kasse
(Stand: 01.2015)

2.50.1 Für die Anfrage auf Zuständigkeit einer anderen Kasse kann das in Kapitel 2.50.7 abgebildete Muster 50.2/E verwendet werden. Anschließend ist es dem von der Krankenkasse an den Vertragsarzt gesandten Original (Muster 50) anzuheften.

2.50.2 Das Formular ist auf Sicherheitspapier im Format DIN A4 hoch zu erstellen.

2.50.3 Das Formular wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.50.4 unbesetzt

2.50.5 unbesetzt

2.50.6 unbesetzt

2.50.7 Muster 50.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Wurde der Name und das Geburtsdatum von uns richtig wiedergegeben? ja nein

Wenn nein, bitte berichtigen:
 Name und Vorname des Versicherten _____ Geburtsdatum _____

Hat ein Behandlungsausweis zum Zeitpunkt der Behandlung vorgelegen? ja nein

Name der Krankenkasse _____

Bei Kassenwechsel:
 Name der neuen Krankenkasse _____

Bitte nur bei Angabe einer neuen Krankenkasse ausfüllen!

Behandlungstag	EBM-Nr.	Behandlungstag	EBM-Nr.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ausstellungsdatum _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
 Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF.NR
 Muster 50.2/E (1.2015)

Original: DIN A4 hoch

- 2.51 **Muster 51/E: Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers**
(Stand: 01.2015)
- 2.51.1 Für die Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers kann das Muster 51.2/E gemäß der in Kapitel 2.51.7 abgebildeten Form verwendet werden. Anschließend ist es an das von der Krankenkasse an den Vertragsarzt gesandte Original (Muster 51) anzuheften.
- 2.51.2 Das Formular wird auf Sicherheitspapier im Format DIN A4 hoch erstellt.
- 2.51.3 Das Formular wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikation des Barcodes ist dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.51.4 unbesetzt
- 2.51.5 unbesetzt
- 2.51.6 unbesetzt

2.51.7 Muster 51.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

zu 1. Angaben bei Arbeitsunfall / sonstigem Unfall / Drittschädigung

Wurde der Patient wegen des Unfalls oder der Schädigung überwiesen?

nein

ja, und zwar an einen anderen Arzt von einem anderen Arzt

Name des Arztes _____ Anschrift _____

Wurden von Ihnen Leistungen (z.B. Arzneimittel, Heil-/Hilfsmittel, Krankentransport aufgrund des Unfalls) veranlasst / verordnet? ja nein

Wenn ja, welche? (bitte genaue Bezeichnung) _____

Dauert die Behandlung noch an? ja nein

Ist mit Spätfolgen zu rechnen? ja nein noch nicht absehbar

Bitte in jedem Fall ausfüllen!

Behandlungstag	EBM-Nr.	Behandlungstag	EBM-Nr.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

zu 2. Angaben zum ursächlichen Zusammenhang mit dem Versorgungsleiden

Steht die für die Bescheinigung / Verordnung (s. Vorderseite) maßgebliche Diagnose im ursächlichen Zusammenhang mit den anerkannten Versorgungsleiden? ja nein zweifelhaft

Nur bei Arbeitsunfähigkeit / Krankenhauseinweisung!

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung / Krankenhauseinweisung war

ausschließlich / überwiegend wegen der anerkannten Schädigungsfolgen vom _____ bis _____

überwiegend wegen anderer Leiden vom _____ bis _____

Bitte in jedem Fall ausfüllen!

Behandlungstag	EBM-Nr.
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ausstellungsdatum _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF-NR.
Muster 51.2/E (1.2015)

Original: DIN A4 hoch

2.52 Muster 52/E: Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

(Stand: 01.2016)

2.52.1 Für den Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit ist das Muster 52/E in der in Kapitel 2.52.7 abgebildeten Form zu verwenden.

2.52.2 Das Formular ist auf Sicherheitspapier im Format DIN A4 zu erstellen.

2.52.3 Das Muster 52/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikation des Barcodes ist dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.52.4 unbesetzt

2.52.5 unbesetzt

2.52.6 unbesetzt

2.52.7 **Muster 52.2/E**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: right;">geb. am</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten				geb. am		Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit </div> <div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em; margin-top: 10px;">52</div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
	geb. am															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

ICD-10 - Code					

2. Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?
(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)
 - 2.1 erwerbstätig als _____

 - 2.2 Der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für _____ Stunden pro Woche der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt.
 Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? ja nein

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?
 nein ja, Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab _____

4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?
 konservativ (ggf. wann und welche) _____
 operativ (ggf. wann und welche) _____

5. Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)
(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich.)

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit) <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i> <input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i> <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Suchttherapie, Ernährungsberatung, Rückenschule) _____	<input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Behandlung <input type="checkbox"/> Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
---	--

7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?
 nein ja, folgende _____

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung? ja nein
9. Sonstiges/ Bemerkungen zum Gesundheitszustand

Für das Ausstellen dieses Berichts ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Datum _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
 Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF.NR
 Muster 52/E (1.2016)

Original: DIN A4 hoch

2.53 Muster 53/E: Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeiten

(Stand: 1.2015)

- 2.53.1 Für die Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeiten kann das Muster 53.2/E gemäß der in Kapitel 2.53.7 abgebildeten Form verwendet werden. Anschließend ist es an das von der Krankenkasse an den Vertragsarzt gesandte Original (Muster 53) anzuheften.
- 2.53.2 Das Formular ist im Format DIN A4 hoch auf Sicherheitspapier zu erstellen.
- 2.53.3 Das Formular wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikation des Barcodes ist dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.53.4 unbesetzt
- 2.53.5 unbesetzt
- 2.53.6 unbesetzt

2.53.7 Muster 53.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Von der Krankenkasse auszufüllen!

I. Arbeitsunfähig vom _____ bis _____
wegen _____

II. Vorher bestand Arbeitsunfähigkeit wegen

	vom	bis	behandelnder Arzt
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Handelt es sich bei der unter I. angegebenen Krankheit und einer der unter II. genannten Krankheiten um dieselbe Krankheit* im Sinne der unten abgedruckten versicherungsrechtlichen Erläuterungen?

nein ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) _____ genannten Krankheit(en).

III. Sind während der unter I. genannten Arbeitsunfähigkeit weitere Krankheiten hinzugetreten?

nein ja, und zwar _____
_____ am _____

Wird die Arbeitsunfähigkeit nur noch von der/den hinzugetretenen Krankheit(en) bedingt?

nein ja, und zwar _____
_____ ab _____

Handelt es sich bei der hinzugetretenen Krankheit und einer unter II. genannten früheren Erkrankung um dieselbe Krankheit* im Sinne der unten abgedruckten versicherungsrechtlichen Erläuterungen?

nein ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) _____ genannten Krankheit(en).

Ergänzende Bemerkungen

***) Versicherungsrechtliche Erläuterungen**
 Der Begriff "dieselbe Krankheit" setzt nicht voraus, dass fortlaufende Behandlungsbedürftigkeit besteht. Bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit kommt es darauf an, ob die neue Arbeitsunfähigkeit und die frühere(n) auf derselben Krankheitsursache beruhen oder zumindest in einem inneren Zusammenhang mit ihr stehen. Der innere Zusammenhang kann schon dadurch begründet sein, dass die Entstehung der Krankheit jedesmal durch eine gemeinsame Bedingung begünstigt oder herbeigeführt wird.

Ausstellungsdatum _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF.NR.
Muster 53.2/E (1.2015)

Original: DIN A4 hoch

- 2.54 Muster 54/E: unbesetzt
- 2.55 Muster 55/E:
Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen
Erkrankung gem. § 62 SGB V
(Stand: 10.2016)
- 2.55.1 Für die Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung
gem. § 62 SGB V kann das Muster 55/E gemäß der in Kapitel 2.55.7
abgebildeten Form verwendet werden.
- 2.55.2 Das Muster 55 /E wird auf Sicherheitspapier im Format DIN A5 hoch erstellt.
- 2.55.3 Das Muster 55/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikation des
Barcodes ist dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in
der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.55.4 unbesetzt
- 2.55.5 unbesetzt
- 2.55.6 unbesetzt

- 2.56 Muster 56/E:
Antrag auf Kostenübernahme von
Rehabilitationssport/Funktionstraining
(Stand: 01.2023)
- 2.56.1 Für den Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitations-
sport/Funktionstraining sind die Muster 56.1/E und 56.2/E gemäß der in
Kapitel 2.56.6 und 2.56.7 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.56.2 Die Muster 56.1/E und 56.2/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A4
hoch zu erstellen.
- 2.56.3 Für die Muster 56.1/E und 56.2/E darf die Duplexbedruckung genutzt
werden.
- 2.56.4 Das Muster 56/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des
Barcode sind dem „Technischen Handbuch Blankoformular-bedruckung“
in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.56.5 unbesetzt

2.56.6 Muster 56.1/E

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

Antrag auf Kostenübernahme

56

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Ausdauer- und Kraftausdauerübungen

Bewegungsspiele Sonstige _____

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

Asthma bronchiale	Morbus Parkinson
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)	Multipler Sklerose
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	Muskeldystrophie
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Niereninsuffizienz, terminal
Doppelamputation	Organische Hirnschädigung
Epilepsie, therapieresistent	Polyneuropathie
Infantile Zerebralparese	Querschnittlähmung, schwere Lähmung
Intelligenzmindering, mittelgradig	
Morbus Bechterew	andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik

Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Richtwert)

24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

Fibromyalgie-Syndrom
Kollagenosen
Morbus Bechterew
Osteoporose
Polyarthrosen, schwer
Psoriasis-Arthritis
Rheumatoide Arthritis

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

24 Monate (Richtwert)

Folgeverordnung mit Begründung, warum erlernte Übungen nicht oder noch nicht selbstständig durchgeführt werden können

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRFNR
Muster 56.1/E (1.2023)

Original: DIN A4 hoch

2.56.7 Muster 56.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Rehabilitationssport ist notwendig für Herzgruppe Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)

Erstverordnung 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

Folgeverordnung 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

nur bei Belastungsgrenze < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist

Kinderherzgruppen 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)

Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Funktionstraining als Trockengymnastik</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1x</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2x</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3x</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Funktionstraining als Wassergymnastik</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1x</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2x</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3x</td> </tr> </table>	Funktionstraining als Trockengymnastik	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x	Funktionstraining als Wassergymnastik	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x
Funktionstraining als Trockengymnastik	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x						
Funktionstraining als Wassergymnastik	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x						

Begründung bei insgesamt 3x _____

Abweichung von oben genannten Richtwerten

_____ Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Datum _____

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden
 Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Rehabilitationssport/
 Funktionstraining bereits teil seit (Monat/Jahr) _____ Datum _____

Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

Rehabilitationssports <input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten /18 Monate <input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten /36 Monate <input type="checkbox"/> Herzgruppe <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienzgruppe <input type="checkbox"/> 90 Übungseinheiten /24 Monate <input type="checkbox"/> 45 Übungseinheiten /12 Monate <input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen) <input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins _____ Übungseinheiten	Funktionstrainings <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate _____ Monate Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x
---	--

für den Zeitraum vom _____ bis _____ längstens _____ Datum _____

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRF NR. Muster 56.2/E (1.2023)

Original: DIN A4 hoch

2.57 Muster 57/E: unbesetzt

2.58 Muster 58/E: unbesetzt

2.59 Muster 59/E: unbesetzt

2.60 Muster 60/E: unbesetzt

- 2.61 **Muster 61/E**
Teil A: Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des
zuständigen Rehabilitationsträgers
Teil B bis E: Verordnung von medizinischer Rehabilitation
(Stand: 07.2022)
- 2.61.1 Für die Beratung zu medizinischer Rehabilitation sind die Muster 61Aa/E
und 61Ab/E gemäß der in Kapitel 2.61.9 und 2.61.10 abgebildeten Form zu
verwenden. Wünscht der Arzt lediglich eine Beratung oder die Prüfung des
zuständigen Rehabilitationsträgers, ist ausschließlich Teil A auszudrucken.
- 2.61.2 Die Muster besteht aus zwei Formularen:
- Muster 61Aa/E: Ausfertigung für den Vertragsarzt
 Muster 61Ab/E: Ausfertigung zum Verbleib bei der Krankenkasse
- 2.61.3 Die Muster 61Aa/E und 61Ab/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN
A4 hoch zu erstellen.
- 2.61.4 Das Muster 61Ab/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen
sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der
jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.61.5 Für die Verordnung von medizinischer Rehabilitation sind die Muster
61Ba/E bis 61Db/E gemäß der in Kapitel 2.61.11 und 2.61.16 abgebildeten
Form zu verwenden. Sofern der Arzt keine eine Beratung oder die Prüfung
des zuständigen Rehabilitationsträgers wünscht, sind ausschließlich die
Teile B bis D auszudrucken.
- 2.61.6 Die Verordnung von medizinischer Rehabilitation besteht aus sechs
Formularen:
- Muster 61 Teil Ba/E: Original für die Krankenkasse
 Muster 61 Teil Bb/E: Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt
 Muster 61 Teil Ca/E: Original für die Krankenkasse
 Muster 61 Teil Cb/E: Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt
 Muster 61 Teil Da/E: Original für die Krankenkasse
 Muster 61 Teil Db/E: Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt
- 2.61.7 Die Muster 61 Teil Ba/E bis 61 Teil Eb/E sind auf Sicherheitspapier im
Format DIN A4 hoch zu erstellen.
- 2.61.8 Die Muster 61Ab/E und 61Ea/E werden mit einem Barcode versehen. Die
Spezifikationen sind dem „Technischen Handbuch Blankoformular-
bedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

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

61 Teil A

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse
 Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.
Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-E ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *	
1. _____	_____	_____	<p>* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)</p> <p>1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall 2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen) 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)</p>
2. _____	_____	_____	
3. _____	_____	_____	
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. _____	_____	_____	
5. _____	_____	_____	
6. _____	_____	_____	

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt.**

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen

_____ Datum _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

- Krankenkasse *(bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)*
- Rentenversicherung *(Vordruck liegt bei)*
- Sonstiges _____

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

PRF.NR.
Muster 61 Teil Aa/E (7.2022)

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

61 Teil A

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-E ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *	
1. _____	_____	_____	<p>* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)</p> <p>1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall</p> <p>2 = Berufskrankheit</p> <p>3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)</p> <p>4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst</p> <p>5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)</p>
2. _____	_____	_____	
3. _____	_____	_____	
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. _____	_____	_____	
5. _____	_____	_____	
6. _____	_____	_____	

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt.**

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen

_____ Datum _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse *(bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)*

Rentenversicherung *(Vordruck liegt bei)*

Sonstiges _____

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

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

Verordnung von medizinischer Rehabilitation 61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen		
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

* **Mögliche Ursache der Erkrankung**
(nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)

C. Bei geriatrischer Rehabilitation
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität		Kognition	Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
TUG	_____ sek + Chair Rise _____ sek	MMST _____ / 30	Schmerzskala _____ / 10	Ergometrie _____ Watt
Handkraft	_____ kg oder _____ kpa	GDS 15 _____ / 15		FEV1 _____ % + VK _____ %
DEMMI	_____ / 100 Tinetti _____ / 28	Uhrentest _____ / 7		NYHA-Stadium _____

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche? _____

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

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen		
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

*** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)**

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)

C. Bei geriatrischer Rehabilitation
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität		Kognition	Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
TUG _____ sek + Chair Rise _____ sek		MMST _____ / 30	Schmerzskala _____ / 10	Ergometrie _____ Watt
Handkraft _____ kg oder _____ kpa		GDS 15 _____ / 15		FEV1 _____ % + VK _____ %
DEMMI _____ / 100 Tinetti _____ / 28		Uhrentest _____ / 7		NYHA-Stadium _____

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche? _____

Ausfertigung für den Vertragsarzt

PRFNR
Muster 61 Teil Bb/E (7.2022)

2.61.13 Muster 61 Teil Ca/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil C
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben teilnehmen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Lebensumstände/Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren
 (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel
 Fehlhaltung BMI _____ Fehl-/
 Mangelernährung Medikamente Nikotin

Sonstiges
 z.B. Suchtmittel _____

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ja nein

Ausfertigung für die Krankenkasse

PRF NR.
Muster 61 Teil Ca/E (7.2022)

Original: DIN A4 hoch

2.61.14 Muster 61 Teil Cb/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil C
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben teilnehmen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Lebensumstände/Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren
 (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel
 Fehlhaltung BMI _____ Fehl-/
 Mangelernährung Medikamente Nikotin

Sonstiges
 z.B. Suchtmittel _____

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ja nein

Ausfertigung für den Vertragsarzt

PRF NR
Muster 61 Teil Cb/E (7.2022)

Original: DIN A4 hoch

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil D
--------------------------------	---------------------	------------------	-----------

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) _____

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant ambulant-mobil stationär

Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung

B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

_____ geriatr. Rehabilitation

C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

pflegende/r Angehörige/r andere _____

VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht
(sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter

Ausfertigung für die Krankenkasse

PRF NR.
Muster 61 Teil Da/E (7.2022)

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil D
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) _____

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant ambulant-mobil stationär

Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung

B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

_____ geriatr. Rehabilitation

C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

pflegende/r Angehörige/r andere _____

VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht
(sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter

Ausfertigung für den Vertragsarzt

PRF NR.
Muster 61 Teil Db/E (7.2022)

2.61.17 **Muster 61 Teil Ea/E**

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil E
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

A. Erteilte Einwilligungserklärungen

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.
 ja nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.
 ja nein

Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht
 Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-E) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

B. Angaben der/des Versicherten
Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname _____

PLZ Ort Straße, Haus-Nr. _____

Name, Vorname _____

PLZ Ort Straße, Haus-Nr. _____

Name, Vorname _____

PLZ Ort Straße, Haus-Nr. _____

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum _____

Unterschrift der oder des Versicherten
(des gesetzlichen Vertreters,
des Betreuers, des Bevollmächtigten)

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PPFNR Muster 61 Teil Ea/E (7.2022)

Original: DIN A4 hoch

2.61.18 **Muster 61 Teil Eb/E**

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil E
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

A. Erteilte Einwilligungserklärungen

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

ja nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

ja nein

Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht
 Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-E) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

B. Angaben der/des Versicherten

Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname _____

PLZ Ort Straße, Haus-Nr. _____

Name, Vorname _____

PLZ Ort Straße, Haus-Nr. _____

Name, Vorname _____

PLZ Ort Straße, Haus-Nr. _____

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Datum

Unterschrift der oder des Versicherten
(des gesetzlichen Vertreters,
des Betreuers, des Bevollmächtigten)

PRF NR.
Muster 61 Teil Eb/E (7.2022)

Original: DIN A4 hoch

2.62A Muster 62A/E:
Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw.
Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

(Stand: 01.2023)

2.62A.1 Für die Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- und Dekanülierungspotenzials sind die Muster 62Aa/E bis 62Ac/E gemäß der in Kapitel 2.62A.7 bis 2.62A.9 abgebildeten Form zu verwenden.

2.62A.2 Das Muster 62A/E besteht aus drei Formularen:

Muster 62Aa/E: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Ab/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Muster 62Ac/E: Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt.

2.62A.3 Die Formulare 62Aa/E bis 62Ac/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A 4 hoch zu erstellen.

2.62A.4 Das Muster 62Aa/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.62A.5 unbesetzt

2.62A.6 unbesetzt

2.62A.7 Muster 62Aa/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: right;">geb. am</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten				geb. am		Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">62A</div> <h3 style="margin-top: 0;">Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</h3> <p style="margin-top: 10px;">Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik</p> <hr/> <hr/> <div style="background-color: #333; color: white; padding: 5px; font-weight: bold;">Ergebnis der Erhebung</div> <p>Potenzial liegt vor <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen geplanter Termin</p> <hr/> <hr/> <p>Potenzial kann perspektivisch vorliegen <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung erforderliche vorbereitende Maßnahmen (<i>bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie</i>)</p> <hr/> <hr/> <p>Potenzial liegt nicht vor <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung Begründung</p> <hr/> <hr/> <p>Maßnahmen der Therapieoptimierung (<i>ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung</i>) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status</p> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.</p> <p>Weitere Erläuterungen</p> <hr/> <hr/> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <p>Ergebnis der Erhebung festgestellt am</p> <hr/> <p>Erneute Erhebung geplant am</p> <hr/> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p style="font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift</p> </div> </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
	geb. am															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

Ausfertigung für die Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRF.NR. Muster 62Aa/E (1.2023)

Original: DIN A 4 hoch

2.62A.8 Muster 62Ab/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: right;">geb. am</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten				geb. am		Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">62A</div> <h3 style="margin-top: 0;">Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</h3> <p style="margin-top: 10px;">Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)</p> <hr/> <hr/> <p>Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik</p> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
	geb. am															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<div style="background-color: #333; color: white; padding: 2px 5px; font-weight: bold;">Ergebnis der Erhebung</div> <p>Potenzial liegt vor <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen geplanter Termin</p> <hr/> <hr/> <p>Potenzial kann perspektivisch vorliegen <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>erforderliche vorbereitende Maßnahmen (<i>bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie</i>)</p> <hr/> <hr/> <p>Potenzial liegt nicht vor <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Begründung</p> <hr/> <p>Maßnahmen der Therapieoptimierung (<i>ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung</i>) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status</p> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.</p>																
<p>Weitere Erläuterungen</p> <hr/> <hr/> <hr/>																
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; font-weight: bold;">Ausfertigung für den verordnenden Arzt</div>																
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <p>Ergebnis der Erhebung festgestellt am</p> <hr/> <p>Erneute Erhebung geplant am</p> <hr/> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; height: 80px; position: relative;"> <div style="position: absolute; bottom: 5px; right: 5px; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift</div> </div> </div>																
<small>PRF-NR. Muster 62Ab/E (1.2023)</small>																

Original DIN A 4 hoch

2.62A.9 Muster 62Ac/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">62A</div> <h3 style="margin: 0;">Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</h3> <p style="margin-top: 10px;">Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)</p> <hr/> <hr/> <p>Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik</p> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<div style="background-color: #333; color: white; padding: 2px 5px; font-weight: bold;">Ergebnis der Erhebung</div> <p>Potenzial liegt vor <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen geplanter Termin</p> <hr/> <hr/> <p>Potenzial kann perspektivisch vorliegen <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>erforderliche vorbereitende Maßnahmen (<i>bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie</i>)</p> <hr/> <hr/> <p>Potenzial liegt nicht vor <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Begründung</p> <hr/> <p>Maßnahmen der Therapieoptimierung (<i>ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung</i>) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status</p> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.</p>													
<p>Weitere Erläuterungen</p> <hr/> <hr/> <hr/>													
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-weight: bold;">Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt</div>													
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 45%;"> <p>Ergebnis der Erhebung festgestellt am _____</p> <p>Erneute Erhebung geplant am _____</p> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift</p> </div> </div>													
<p style="font-size: 0.8em;">PRF-NR. Muster 62Ac/E (1.2023)</p>													

Original DIN A 4 hoch

2.62B Muster 62B/E: Verordnung außerklinische Intensivpflege
(Stand: 01.2023)

2.62B.1 Für die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege sind die Muster 62Ba.1/E bis 62Bc/E gemäß der in Kapitel 2.62B.8 bis 2.62B.11 abgebildeten Form zu verwenden.

2.62B.2 Das Muster 62B/E besteht aus vier Formularen:

Muster 62Ba.1/E und

Muster 62Ba.2/E: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Bb/E: Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I

Muster 62Bc/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt.

2.62B.3 Die Formulare 62Ba.1/E bis 62Bc/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A 4 hoch zu erstellen.

2.62B.4 Für die Muster 62Ba.1 und 62Ba.2 darf die Duplexbedruckung genutzt werden.

2.62B.5 Das Muster 62Ba.1/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.62B.6 unbesetzt

2.62B.7 unbesetzt

2.62B.8 Muster 62Ba.1/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">geb. am _____</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am _____			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">62B</div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung außerklinischer Intensivpflege</h3> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code) _____</p> <p>vom _____ bis _____</p> <p>Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III) <input type="checkbox"/> Unfall</p>															
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten																															
geb. am _____																															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																													
I. Klinischer Status																															
<input type="checkbox"/> Beatmung, seit _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Beatmungsform</th> <th style="text-align: left;">Beatmungsdauer</th> <th style="text-align: left;">Spontanatmungszeit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> invasiv</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> </tr> </tbody> </table>	Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht																						
Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit																													
<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag																													
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht																													
<input type="checkbox"/> Tracheostoma, seit _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Trachealkanüle</th> <th style="text-align: left;">Entblockungszeiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Trachealkanüle	Entblockungszeiten	<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____																										
Trachealkanüle	Entblockungszeiten																														
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____																														
<input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____ <input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten <input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten																															
<input type="checkbox"/> Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit _____																															
<input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörung, Art _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Mitwirkung bei AKI</th> <th style="text-align: left;">Kommunikation Verständigung</th> <th style="text-align: left;">Orientierung vorhanden, zu</th> <th style="text-align: left;">Mobilität vorhanden</th> <th style="text-align: left;">Orale Ernährung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Ort</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Zeit</td> <td><input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> Person</td> <td><input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig</td> <td><input type="checkbox"/> teilweise</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Situation</td> <td><input type="checkbox"/> immobil</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nicht vorhanden</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise			<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil				<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung																											
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein																											
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja																											
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise																											
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil																												
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden																													
II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI _____ Stunden je Tag																															
III. Weitere Hinweise																															
<input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.																															
Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität <input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt <input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt <input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht																															
Weitere Erläuterungen _____ _____ _____																															
Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt _____ _____																															
Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung) _____ _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)</td> </tr> </table>		Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)																													
Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)																															
<p style="font-size: small;">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; height: 80px;"> Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes </td> </tr> </table>	Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes																													
Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes																															
PRF-NR. Muster 62Ba.1/E (1. 2023)																															

Original: DIN A 4 hoch

2.62B.9 Muster 62Ba.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Antrag des Versicherten auf außerklinische Intensivpflege (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Ich beantrage außerklinische Intensivpflege für die Zeit vom _____ bis _____

<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt	<input type="checkbox"/> im Haushalt einer sonstigen Person	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen
<input type="checkbox"/> in einer vollstationären Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/> in einer Wohneinheit
	<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	<input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung

Leistungsort

Name des Leistungsortes
Straße, Haus-Nr
PLZ Ort

Wird von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum die Übernahme von Leistungen angestrebt?

Ja, es wird die Übernahme folgender Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt:

Nein, es wird keine Übernahme von Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt.

An der Versorgung beteiligte An- und Zugehörige

Name
Straße, Haus-Nr
PLZ Ort

Datum _____

Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in

Name
Straße, Haus-Nr
PLZ Ort
Telefonnummer <small>(freiwillige Angabe)</small>

Unterschrift des Versicherten
oder des gesetzlichen Vertreters

Angaben des Leistungserbringers nach § 132I Abs. 5 SGB V (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Die außerklinische Intensivpflege wird täglich in der Zeit

vom _____ bis _____ im Umfang von _____ Stunden erbracht.

Die außerklinische Intensivpflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Leistungserbringer (§ 132I Abs. 5 SGB V)

Name
Straße, Haus-Nr
PLZ Ort
Institutionskennzeichen
Ansprechpartner (Name)
Telefonnummer Fax-Nr.
E-Mail-Adresse

Datum _____

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

PRF.NR.
Muster 62Ba.2/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch

2.62B.10 Muster 62Bb/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">62B</div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung außerklinischer Intensivpflege</h3> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code) _____</p> <p>vom _____ bis _____</p> <p>Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III) <input type="checkbox"/> Unfall</p>															
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten																															
		geb. am																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																													
I. Klinischer Status																															
<input type="checkbox"/> Beatmung, seit _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Beatmungsform</th> <th style="text-align: left;">Beatmungsdauer</th> <th style="text-align: left;">Spontanatmungszeit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> invasiv</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> </tr> </tbody> </table>	Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht																						
Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit																													
<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag																													
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht																													
<input type="checkbox"/> Tracheostoma, seit _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Trachealkanüle</th> <th style="text-align: left;">Entblockungszeiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Trachealkanüle	Entblockungszeiten	<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____																										
Trachealkanüle	Entblockungszeiten																														
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____																														
<input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____ <input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten <input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten																															
<input type="checkbox"/> Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit _____																															
<input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörung, Art _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Mitwirkung bei AKI</th> <th style="text-align: left;">Kommunikation Verständigung</th> <th style="text-align: left;">Orientierung vorhanden, zu</th> <th style="text-align: left;">Mobilität vorhanden</th> <th style="text-align: left;">Orale Ernährung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Ort</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Zeit</td> <td><input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> Person</td> <td><input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig</td> <td><input type="checkbox"/> teilweise</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Situation</td> <td><input type="checkbox"/> immobil</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nicht vorhanden</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise			<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil				<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung																											
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein																											
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja																											
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise																											
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil																												
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden																													
II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI _____ Stunden je Tag																															
III. Weitere Hinweise																															
<input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.																															
Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität <input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt <input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt <input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht																															
Weitere Erläuterungen _____																															
Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt _____																															
Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung) _____																															
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I</div>																															
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="font-size: small; margin: 0;">Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">PRF-NR. Muster 62Bb/E (1.2023)</p>																															

Original DIN A 4 hoch

2.62B.11 Muster 62Bc/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">62B</div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung außerklinischer Intensivpflege</h3> <p style="text-align: center;">Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)</p> <p>_____</p> <p>vom _____ bis _____</p> <p>Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III) <input type="checkbox"/> Unfall</p>															
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten																															
		geb. am																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																													
I. Klinischer Status																															
<input type="checkbox"/> Beatmung, seit _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Beatmungsform</th> <th style="text-align: left;">Beatmungsdauer</th> <th style="text-align: left;">Spontanatmungszeit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> invasiv</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> </tr> </tbody> </table>	Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht																						
Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit																													
<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag																													
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht																													
<input type="checkbox"/> Tracheostoma, seit _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Trachealkanüle</th> <th style="text-align: left;">Entblockungszeiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Trachealkanüle	Entblockungszeiten	<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____																										
Trachealkanüle	Entblockungszeiten																														
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____																														
<input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____ <input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten <input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten																															
<input type="checkbox"/> Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit _____																															
<input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörung, Art _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Mitwirkung bei AKI</th> <th style="text-align: left;">Kommunikation Verständigung</th> <th style="text-align: left;">Orientierung vorhanden, zu</th> <th style="text-align: left;">Mobilität vorhanden</th> <th style="text-align: left;">Orale Ernährung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Ort</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Zeit</td> <td><input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> Person</td> <td><input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig</td> <td><input type="checkbox"/> teilweise</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Situation</td> <td><input type="checkbox"/> immobil</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nicht vorhanden</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise			<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil				<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung																											
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein																											
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja																											
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise																											
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil																												
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden																													
II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI _____ Stunden je Tag																															
III. Weitere Hinweise																															
<input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.																															
Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität																															
<input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt <input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt <input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht																															
Weitere Erläuterungen																															
Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt																															
Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)																															
Ausfertigung für den verordnenden Arzt																															
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="font-size: small; margin: 0;">Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">PRF-NR. Muster 62Bc/E (1.2023)</p>																															

Original DIN A 4 hoch

2.62C Muster 62C/E: Behandlungsplan

(Stand: 01.2023)

2.62C.1 Für den Behandlungsplan sind die Muster 62Ca/E bis 62Cc/E gemäß der in Kapitel 2.62C.6 bis 2.62C.8 abgebildeten Form zu verwenden.

2.62C.2 Das Muster 62C/E besteht aus drei Formularen:

Muster 62Ca/E: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Cb/E: Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I

Muster 62Cc/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt.

2.62C.3 Die Formulare 62Ca/E bis 62Cc/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A 4 hoch zu erstellen.

2.62C.4 unbesetzt

2.62C.5 unbesetzt

2.62C.6 Muster 62Ca/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">62C</div> <h3 style="text-align: center;">Behandlungsplan</h3> <p style="text-align: center;">Bedarfsmedikamente für AKI</p> <hr/> <hr/> <p>Notfallmanagement</p> <hr/> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

Therapieziele

MRE-Besiedelung nein ja, folgender Keim _____

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI Logopädie Physiotherapie Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

Absauggerät	Inhalationsgerät
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____ Medikament/Substanz _____

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes
Beatmungsgeräteeinstellungen

Sauerstoffinsufflation ja nein Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____

Spezielle Hygienemaßnahmen _____

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin _____

Ausfertigung für die Krankenkasse

ärztliche Unterschrift

PRF NR. Muster 62Ca/E (1.2023)

Original: DIN A 4 hoch

2.62C.7 Muster 62Cb/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">62C</div> <h3 style="text-align: center;">Behandlungsplan</h3> <p style="text-align: center;">Bedarfsmedikamente für AKI</p> <hr/> <hr/> <p>Notfallmanagement</p> <hr/> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

Therapieziele

MRE-Besiedelung nein ja, folgender Keim _____

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI Logopädie Physiotherapie Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

Absauggerät	Inhalationsgerät
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____ Medikament/Substanz _____

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes
Beatmungsgeräteeinstellungen

Sauerstoffinsufflation ja nein Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____

Spezielle Hygienemaßnahmen _____

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin _____

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I

PPF-NR. Muster 62Cb/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch

2.62C.8 Muster 62Cc/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">62C</div> <h3 style="text-align: center;">Behandlungsplan</h3> <p style="text-align: center;">Bedarfsmedikamente für AKI</p> <hr/> <hr/> <p>Notfallmanagement</p> <hr/> <hr/>															
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten																															
		geb. am																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																													
Therapieziele																															
<p>MRE-Besiedelung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Keim _____</p> <p>Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie</p>																															
Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege																															
<p><input type="checkbox"/> Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____</p>																															
<p><input type="checkbox"/> Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">Tracheotomie</th> <th style="width: 40%;">Trachealkanüle</th> <th style="width: 30%;">Befeuchtung</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch </td> <td> Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____, ____ </td> <td> <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv </td> </tr> </table>		Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung	<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____, ____	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv																								
Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung																													
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____, ____	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv																													
<p><input type="checkbox"/> Sekretmanagement</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Absauggerät</th> <th style="width: 50%;">Inhalationsgerät</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____ Medikament/Substanz _____ </td> </tr> </table>		Absauggerät	Inhalationsgerät	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____ Medikament/Substanz _____																										
Absauggerät	Inhalationsgerät																														
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____ Medikament/Substanz _____																														
<p><input type="checkbox"/> Dysphagiemanagement</p>																															
<p><input type="checkbox"/> Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes Beatmungsgeräteeinstellungen</p>																															
<p><input type="checkbox"/> Sauerstoffinsufflation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Notfallversorgung</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">mit Beatmung</th> <th style="width: 33%;">unter Spontanatmung</th> <th style="width: 34%;">Mobilität</th> </tr> <tr> <td>Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____</td> <td>Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____</td> <td>Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____</td> </tr> </table>		mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____																								
mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität																													
Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____																													
<p><input type="checkbox"/> Spezielle Hygienemaßnahmen _____</p> <p>Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)</p>																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 65%;">Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)</th> <th colspan="3">Häufigkeit</th> <th colspan="2">Dauer</th> </tr> <tr> <td>Leistung</td> <td>tgl.</td> <td>wtl.</td> <td>mtl.</td> <td>vom</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)	Häufigkeit			Dauer		Leistung	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																		
Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)	Häufigkeit			Dauer																											
Leistung	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																										
<p>Name des Arztes / der Ärztin</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: auto; margin-right: 0; text-align: center; font-size: small;">ärztliche Unterschrift</div>																															
<div style="border: 1px solid black; width: 200px; margin-left: auto; margin-right: 0; text-align: center; padding: 2px;">Ausfertigung für den verordnenden Arzt</div>																															

PPE-NR. Muster 62Cc/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch“

2.63 Muster 63/E: Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

(Stand: 10.2014)

2.63.1 Für die Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) sind die Muster 63a.1/E - 63d/E gemäß der in Kapitel 2.63.6 - 2.63.12 abgebildeten Form zu verwenden.

2.63.2 Die Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) besteht aus folgenden Formularen:

Muster 63a.1/E und

Muster 63a.2/E: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 63b/E: Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer

Muster 63c/E: Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer;
der Abrechnung beizufügen

Muster 63d/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt

2.63.3 Die Muster 63a.1/E bis 63d/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format hoch zu erstellen.

2.63.4 Für die Muster 63a.1/E und 63a.2/E darf die Duplexbedruckung genutzt werden.

2.63.5 Die Muster 63a.1/E, 63b/E, 63c/E und 63d/E werden mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

Muster 63a.2/E wird nicht mit einem Barcode versehen.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) 63</div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen </div> <div style="margin-top: 10px;"> vom _____ bis _____ </div> <div style="margin-top: 10px;"> Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) _____ _____ _____ </div> <p>Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.</p> <p>Komplexes Symptomgeschehen</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore</td> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik</td> <td><input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen</td> </tr> </table> <p>Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Folgende Maßnahmen sind notwendig</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Beratung</td> <td style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen </td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung</td> </tr> </table> <p>mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung <input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung</p> <p>Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig. </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-top: 10px; text-align: center; vertical-align: middle;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes Ausfertigung für die Krankenkasse </div> <div style="font-size: 0.8em; margin-top: 10px;"> KKV-PRF NR. Muster 63a.1/E (10.2014) </div>	<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung
Krankenkasse bzw. Kostenträger																						
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																				
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																				
<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik																				
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen																				
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung																				

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Antrag des Versicherten

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wie vom behandelnden Arzt verordnet beantragt.

Datum _____

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom _____ bis _____ erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel _____

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel _____

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers _____

Ansprechpartner (Name) _____

Telefonnummer _____

Fax-Nummer _____

E-Mail _____ Datum _____

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

in folgendem Umfang übernommen _____

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht

Name, Vorname des Versicherten _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort _____

Versichertennummer _____

Geburtsdatum _____ Datum _____

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

KBV-PRF-NR.
Muster 63a.2/E (10.2014)

Original: DIN A4 hoch

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) 63</div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen </div> <div style="margin-top: 10px;"> vom _____ bis _____ </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) _____ _____ _____													
Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.													
Komplexes Symptomgeschehen													
<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik											
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen											
Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle) _____ _____													
Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____ _____ _____ _____													
Folgende Maßnahmen sind notwendig													
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung											
mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige) _____ _____ _____													
<input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung <input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung													
Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV _____ _____ _____ _____													
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;"> Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig. </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center; font-size: 0.8em;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer KBV-PRF NR. Muster 63b/E (10.2014) </div>												
Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.													

Original: DIN A4 hoch

2.63.9 unbesetzt

2.63.10 **Muster 63c/E**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr><tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr><tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr><tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr></table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">63</div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</h3> <p><input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen</p> <p>vom _____ bis _____</p> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) _____</p> <p>_____</p> <p>Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.</p> <p>Komplexes Symptomgeschehen</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik</td><td><input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik</td><td><input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore</td><td><input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik</td><td><input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen</td></tr></table> <p>Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Folgende Maßnahmen sind notwendig</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Beratung</td><td><input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes</td><td><input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft</td><td></td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen</td><td></td></tr></table> <p>mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung</td><td><input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung</td></tr></table> <p>Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; padding: 5px; margin: 10px auto;"><p>Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.</p></div> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; padding: 5px; margin: 10px auto; text-align: center;"><p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p><p><small>Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer - der Abrechnung beizufügen</small></p><p><small>KBV-PRF-NR. Muster 63c/E (10.2014)</small></p></div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>	<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung		<input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft			<input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen		<input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung	<input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																	
Name, Vorname des Versicherten																																	
		geb. am																															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																															
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																															
<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik																															
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen																															
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung																															
	<input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft																																
	<input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen																																
<input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung	<input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung																																

Original: DIN A4 hoch

2.63.11 unbesetzt

2.63.12 **Muster 63d/E**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr><tr><td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr><tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr><tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr></table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">63</div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</h3> <p><input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung</p> <p><input type="checkbox"/> Unfallunfallfolgen</p> <p>vom _____ bis _____</p> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) _____</p> <p>_____</p> <p>Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.</p> <p>Komplexes Symptomgeschehen</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik</td><td><input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik</td><td><input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore</td><td><input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik</td><td><input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen</td></tr></table> <p>Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Folgende Maßnahmen sind notwendig</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Beratung</td><td><input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes</td><td><input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft</td><td></td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen</td><td></td></tr></table> <p>mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung</td><td><input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung</td></tr></table> <p>Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 10px auto; padding: 5px;"><p>Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.</p></div> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 10px auto; padding: 5px; text-align: center;"><p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p><p>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</p><p><small>KBV-PRF-NR. Muster 63d/E (10.2014)</small></p></div>	<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung		<input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft			<input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen		<input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung	<input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung
Krankenkasse bzw. Kostenträger																														
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																												
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																												
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																												
<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik																												
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen																												
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung																												
	<input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft																													
	<input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen																													
<input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung	<input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung																													

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Original: DIN A4 hoch

- 2.64 Muster 64/E:
Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter
gemäß § 24 SGB V
(Stand: 10.2018)
- 2.64.1 Für die Verordnung von medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter
gemäß § 24 SGB V sind die Muster 64Aa/E bis 64Bb/E gemäß der in Kapitel
2.64.8 - 2.64.11 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.64.2 Die Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter besteht aus
vier Formularen:
- Muster 64 Teil Aa/E: Ausfertigung für die Krankenkasse
 Muster 64 Teil Ab/E: Ausfertigung für den Arzt
 Muster 64 Teil Ba/E: Ausfertigung für Krankenkasse
 Muster 63 Teil Bb/E: Ausfertigung für den Arzt
- 2.64.3 Die Muster 64Aa/E bis 64Bb/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format
hoch zu erstellen.
- 2.64.4 Das Muster 64Ba/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen
des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformular-
bedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.64.5 unbesetzt
- 2.64.6 unbesetzt
- 2.64.7 unbesetzt

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

**Verordnung medizinischer
Vorsorge für Mütter oder Väter
gemäß § 24 SGB V**

64 Teil A

**Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben**

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen
(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie | <input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle | <input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger | <input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung | <input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner | <input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen | <input type="checkbox"/> soziale Isolation | <input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme) | <input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen | <input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten | <input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters | <input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck | <input type="checkbox"/> allein erziehend | <input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten | | | |

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Ausfertigung für die Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten

PRF NR.
Muster 64 Aa/E (10.2018)

Original DIN A4 hoch

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

**Verordnung medizinischer
Vorsorge für Mütter oder Väter
gemäß § 24 SGB V**

64 Teil A

**Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben**

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen
(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väterspezifische Problemkonstellation relevant sind

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie | <input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle | <input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger | <input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung | <input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner | <input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen | <input type="checkbox"/> soziale Isolation | <input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme) | | <input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen | <input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters | | <input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck | <input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten | <input type="checkbox"/> allein erziehend | <input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie | |

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Ausfertigung für den Arzt
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten

PRF NR.
Muster 64 Ab/E (10-2018)

2.64.10 **Muster 64Ba/E**

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	64 Teil B
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

Mütter-Leistung
 Väter-Leistung
 Mutter-Kind-Leistung
 Vater-Kind-Leistung

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungsnotwendigkeit*	Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung	Psychosoziale Gründe/Betreuung notwendig
1. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Das "Ärztliche Attest Kind" (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z.B. Klima, Barrierefreiheit, Allergienarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

ja, folgende _____

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

ja, Erläuterung _____

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum _____

Vertragsärzlstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PFV NR. Muster 64 Ba/E (10.2018)

Original DIN A4 hoch

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	64 Teil B
--------------------------------	---------------------	------------------	-----------

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

Mütter-Leistung
 Väter-Leistung
 Mutter-Kind-Leistung
 Vater-Kind-Leistung

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungsnotwendigkeit*	Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung	Psychosoziale Gründe/Betreuung notwendig
1. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Das "Ärztliche Attest Kind" (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z.B. Klima, Barrierefreiheit, Allergienarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

ja, folgende _____

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

ja, Erläuterung _____

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum _____

Vertragsärzlstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Arzt

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PFV NR. Muster 64 Bb/E (10.2018)

2.65 Muster 65/E: Ärztliches Attest Kind

(Stand: 10.2018)

- 2.65.1 Für die Bescheinigung der Behandlungsnotwendigkeit von Kindern, die im Rahmen der medizinischen Vorsorge/Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V in eine Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung mit aufgenommen werden sollen, sind die Muster 65a/E und 65b/E gemäß der in Kapitel 2.65.8 und 2.65.9 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.65.2 Die Bescheinigung für die Mitaufnahme eines behandlungsnotwendigen Kindes im Rahmen der Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter besteht aus zwei Formularen:
- Muster 65a/E: Ausfertigung für die Krankenkasse
Muster 65b/E: Ausfertigung für den Arzt
- 2.65.3 Die Muster 65a/E und 65b/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format hoch zu erstellen.
- 2.65.4 Das Muster 65a/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.65.5 unbesetzt
- 2.65.6 unbesetzt
- 2.65.7 unbesetzt

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">65</div> <p>Ärztliches Attest Kind zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

I. Kurze Angaben zur Anamnese

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

B. Erkrankungen Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

C. Weitere relevante Informationen (z.B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

V. Hinweise für die Zuweisung

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergienarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

ja, folgende _____

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausstellungdatum _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
 PPF NR.
 Muster 65a/E(10.2018)

Ausfertigung für die Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Original: DIN A4 hoch

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Ärztliches Attest Kind 65
Name, Vorname des Versicherten	zur Verordnung einer medizinischen <i>Vorsorge / Rehabilitation</i> für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V
geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
Datum	

I. Kurze Angaben zur Anamnese

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

A. Gesundheitsstörungen (*Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten*)

B. Erkrankungen Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

C. Weitere relevante Informationen (*z.B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen*)

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

V. Hinweise für die Zuweisung

A. Anforderungen an die Einrichtung (*z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergienarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung*)

ja, folgende _____

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
 PPF NR.
 Muster 65b/E(10.2018)

Ausfertigung für den Arzt

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Original: DIN A4 hoch

- 2.66 Muster 66/E: unbesetzt
- 2.67 Muster 67/E: unbesetzt
- 2.68 Muster 68/E: unbesetzt
- 2.69 Muster 69/E: unbesetzt

- 2.70 **Muster 70/E:**
Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten
(Stand: 10.2014)
- 2.70.1 Zur Dokumentation des Behandlungsplans für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten sind die Muster 70a/E und 70b/E gemäß der in Kapitel 2.70.7 und 2.70.8 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.70.2 Das Muster besteht aus zwei Formularen:
- Muster 70a/E: Original nach Genehmigung der Krankenkassen zum Verbleib beim Vertragsarzt
 Muster 70b/E: Durchschlag für die Kassenärztliche Vereinigung
- Der vollständig ausgefüllte Behandlungsplan mit Durchschlag wird dem zu behandelnden Ehepaar ausgehändigt. Das Paar legt den Behandlungsplan mit Durchschlag nacheinander beiden Krankenkassen zur Genehmigung vor. Die Genehmigungen werden auf Formular und Durchschlag erteilt. Das von beiden Kassen genehmigte Formular wird anschließend dem Arzt vorgelegt, der die Maßnahme der künstlichen Befruchtung durchführt. Der Arzt behält das Original und leitet den Durchschlag mit der ersten Abrechnung der Maßnahme an die Kassenärztliche Vereinigung weiter.
- 2.70.3 Die Muster 70a/E und 70b/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format hoch zu erstellen.
- 2.70.4 Die Muster 70a/E und 70b/E werden mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.70.5 unbesetzt
- 2.70.6 unbesetzt

2.70.7 Muster 70a/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;"></td><td></td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: right;">70</h3> <h3 style="text-align: right;">Behandlungsplan</h3> <p style="text-align: right;">für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten</p> <p>I Indikation(en) gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung</p> <hr/> <p>II Geplante Behandlungsmaßnahme</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Intraturarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)</td></tr> </table> <p>Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5) _____</p>	<input type="checkbox"/>	Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)	<input type="checkbox"/>	Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)	<input type="checkbox"/>	In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)	<input type="checkbox"/>	Intraturarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)	<input type="checkbox"/>	Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)																												
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																						
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																				
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																				
<input type="checkbox"/>	Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)																																																					
<input type="checkbox"/>	Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)																																																					
<input type="checkbox"/>	In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)																																																					
<input type="checkbox"/>	Intraturarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)																																																					
<input type="checkbox"/>	Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;"></td><td></td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<p>III Kostenschätzung</p> <p>Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">♀</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">♂</td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Ort</td><td>Datum</td></tr> </table> </div> <div style="width: 48%;"> <p>b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">♀</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">♂</td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Medikamentenkosten (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> </table> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>	♀		♂		Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀		♂	Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀		♂	Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀		♂	Ort	Datum	♀		♂		Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀		♂	Medikamentenkosten (Euro)	♀		♂	Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀		♂	Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♀		♂
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																						
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																				
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																				
♀																																																						
♂																																																						
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀																																																					
	♂																																																					
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀																																																					
	♂																																																					
Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀																																																					
	♂																																																					
Ort	Datum																																																					
♀																																																						
♂																																																						
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀																																																					
	♂																																																					
Medikamentenkosten (Euro)	♀																																																					
	♂																																																					
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀																																																					
	♂																																																					
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♀																																																					
	♂																																																					
<p>IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)</p> <p>Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.</p> <p>Bei einer Genehmigung für 3 IVF- oder ICSI-Zyklen steht der 3. IVF- oder ICSI-Zyklus unter dem Vorbehalt, dass in einem von 2 Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzyklus kann die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt werden.</p> <p>Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann - u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro - erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.</p> <p>Bei Änderungen der Behandlungsmethode (siehe Abschnitt II) sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt</p> </div> <p style="font-size: x-small;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>	<p>Der Behandlungs-/Kostenplan wird</p> <p>für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort Datum</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse auf beiden Ausfertigungen</p>																																																					
<p>für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort Datum</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse auf beiden Ausfertigungen</p>	<p style="font-size: x-small;">KBV-PRF-NR. Muster 70a/E (10.2014)</p>																																																					

Original: DIN A4 hoch

2.70.8 Muster 70b/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">70</div> <h3 style="margin: 0;">Behandlungsplan</h3> <p style="margin: 0;">für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten</p> <h4 style="margin: 0;">I Indikation(en)</h4> <p style="margin: 0;">gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung</p> <hr/> <h4 style="margin: 0;">II Geplante Behandlungsmaßnahme</h4> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td> <td>Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)</td> </tr> </table> <p>Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5) _____</p> <hr/> <h4 style="margin: 0;">III Kostenschätzung</h4> <p style="margin: 0; font-size: 0.8em;">Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <h5 style="margin: 0;">a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</h5> <p style="margin: 0; font-size: 0.8em;">Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr><td style="text-align: center;">♀</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">♂</td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Ort</td><td>Datum</td></tr> </table> </div> <div style="width: 48%;"> <h5 style="margin: 0;">b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</h5> <p style="margin: 0; font-size: 0.8em;">Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr><td style="text-align: center;">♀</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">♂</td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Medikamentenkosten (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100px; margin-top: 10px;"></div> <p style="font-size: 0.7em; text-align: right;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)	<input type="checkbox"/>	Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)	<input type="checkbox"/>	In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)	<input type="checkbox"/>	Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)	<input type="checkbox"/>	Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)	♀		♂		Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀		♂	Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀		♂	Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀		♂	Ort	Datum	♀		♂		Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀		♂	Medikamentenkosten (Euro)	♀		♂	Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀		♂	Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♀		♂
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																																															
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																																													
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																																															
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																																													
<input type="checkbox"/>	Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)																																																																														
<input type="checkbox"/>	Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)																																																																														
<input type="checkbox"/>	In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)																																																																														
<input type="checkbox"/>	Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)																																																																														
<input type="checkbox"/>	Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)																																																																														
♀																																																																															
♂																																																																															
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														
Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														
Ort	Datum																																																																														
♀																																																																															
♂																																																																															
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														
Medikamentenkosten (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														
<h4 style="margin: 0;">IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)</h4> <p style="margin: 0; font-size: 0.8em;">Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.</p> <p style="margin: 0; font-size: 0.8em;">Bei einer Genehmigung für 3 IVF- oder ICSI-Zyklen steht der 3. IVF- oder ICSI-Zyklus unter dem Vorbehalt, dass in einem von 2 Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzyklus kann die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt werden.</p> <p style="margin: 0; font-size: 0.8em;">Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann - u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro - erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.</p> <p style="margin: 0; font-size: 0.8em;">Bei Änderungen der Behandlungsmethode (siehe Abschnitt II) sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; font-size: 0.8em;">Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigung</div> <p style="font-size: 0.7em; margin-top: 5px;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>	<h4 style="margin: 0;">Der Behandlungs-/Kostenplan wird</h4> <p style="margin: 0;">für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei)</p> <p style="text-align: right;">Ort Datum</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div> <p style="font-size: 0.7em; text-align: right;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</p> <hr/> <p style="margin: 0;">für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei)</p> <p style="text-align: right;">Ort Datum</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div> <p style="font-size: 0.7em; text-align: right;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</p>																																																																														

KBV-PREF-NR.

Muster 70b/E (10.2014)

Original: DIN A4 hoch

- 2.70A Muster 70A/E:
Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen
Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über
künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen
Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten
(Stand: 10.2014)
- 2.70A.1 Zur Dokumentation des Folge-Behandlungsplans für Maßnahmen zur
künstlichen Befruchtung sind die Muster 70Aa/E und 70Ab/E gemäß der in
Kapitel 2.70A.7 und 2.70A.8 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.70A.2 Das Muster 70A besteht aus zwei Formularen:
- Muster 70Aa/E: Ausfertigung zum Verbleib beim Vertragsarzt nach
erfolgter Genehmigung der Krankenkassen
- Muster 70Ab/E: Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigung
nach erfolgter Genehmigung der Krankenkassen
- 2.70A.3 Die Muster 70Aa/E und 70Ab/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A4
Format hoch zu erstellen.
- 2.70A.4 Die Muster 70Aa/E und 70Ab/E werden mit einem Barcode versehen. Die
Spezifikationen sind dem „Technischen Handbuch Blankoformular-
bedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.70A.5 unbesetzt
- 2.70A.6 unbesetzt

2.70.A.7 Muster 70Aa/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;"></td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;"></td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="text-align: center;">Folge-Behandlungsplan 70A</h2> <p>zum Behandlungsplan vom _____ für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten</p> <p>I Indikation(en) gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung</p> <hr/> <p>II Geplante Behandlungsmaßnahme</p> <p><input type="checkbox"/> Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)</p> <p><input type="checkbox"/> Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)</p> <p><input type="checkbox"/> In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)</p> <p><input type="checkbox"/> Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)</p> <p><input type="checkbox"/> Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)</p> <p>Anzahl und Art bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)</p>								
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																							
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																					
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																					
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																							
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																					
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																					
<p>III Kostenschätzung</p> <p>Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">♀</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">♂</td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Ort</td><td>Datum</td></tr> </table> </div> <div style="width: 48%;"> <p>b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">♀</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">♂</td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Medikamentenkosten (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> </div> </div>		♀		♂		Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀		♂	Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀		♂	Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀		♂	Ort	Datum	♀		♂		Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀		♂	Medikamentenkosten (Euro)	♀		♂	Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀		♂	Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♀		♂
♀																																							
♂																																							
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀																																						
	♂																																						
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀																																						
	♂																																						
Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀																																						
	♂																																						
Ort	Datum																																						
♀																																							
♂																																							
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀																																						
	♂																																						
Medikamentenkosten (Euro)	♀																																						
	♂																																						
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀																																						
	♂																																						
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♀																																						
	♂																																						
<p>IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)</p> <p>Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.</p> <p>Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Genehmigung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen (einschließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, die jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat.</p> <p>Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann - u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro - erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.</p> <p>Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung sowie bei Änderung der Behandlungsmethode ist ein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt</p> </div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>		<p>Der Behandlungs-/Kostenplan wird</p> <p>für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</p>																																					
<p>für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</p>		<p>für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</p>																																					

Original: DIN A4 hoch

2.70.A.8 Muster 70Ab/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;"></td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;"></td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Folge-Behandlungsplan 70A</h2> <p>zum Behandlungsplan vom _____ für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten</p> <h3>I Indikation(en)</h3> <p>gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung</p> <hr/> <h3>II Geplante Behandlungsmaßnahme</h3> <table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Intrabularer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)</td></tr> </table> <p>Anzahl und Art bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)</p> <hr/> <h3>III Kostenschätzung</h3> <p>Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">♀</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">♂</td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Ort</td><td>Datum</td></tr> </table> </div> <div style="width: 48%;"> <p>b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">♀</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">♂</td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Medikamentenkosten (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)	<input type="checkbox"/>	Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)	<input type="checkbox"/>	In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)	<input type="checkbox"/>	Intrabularer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)	<input type="checkbox"/>	Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)	♀		♂		Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀		♂	Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀		♂	Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀		♂	Ort	Datum	♀		♂		Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀		♂	Medikamentenkosten (Euro)	♀		♂	Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀		♂	Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♀		♂
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																																															
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																																													
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																																															
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																																													
<input type="checkbox"/>	Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)																																																																														
<input type="checkbox"/>	Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)																																																																														
<input type="checkbox"/>	In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)																																																																														
<input type="checkbox"/>	Intrabularer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)																																																																														
<input type="checkbox"/>	Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)																																																																														
♀																																																																															
♂																																																																															
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														
Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														
Ort	Datum																																																																														
♀																																																																															
♂																																																																															
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														
Medikamentenkosten (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♀																																																																														
	♂																																																																														

IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Genehmigung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen (einschließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, die jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann - u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro - erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung sowie bei Änderung der Behandlungsmethode ist ein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen.

Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigung

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Der Behandlungs-/Kostenplan wird

für maximal _____ Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort _____ Datum _____

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen

für maximal _____ Zyklen/Zyklus **genehmigt**

nicht genehmigt (separate Begründung anbei)

Ort _____ Datum _____

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen

KBV-PRF-NR.
Muster 70Ab/E (10.2014)

Original: DIN A4 hoch

2.71	Muster 71/E:	unbesetzt
2.71A	Muster 71A/E:	unbesetzt
2.72	Muster 72/E:	unbesetzt
2.73	Muster 73/E:	unbesetzt
2.74	Muster 74/E:	unbesetzt
2.75	Muster 75/E:	unbesetzt
2.76	Muster 76/E:	unbesetzt
2.77	Muster 77/E:	unbesetzt
2.78	Muster 78/E:	unbesetzt
2.79	Muster 79/E:	unbesetzt
2.80	Muster 80/E:	unbesetzt
2.81	Muster 81/E:	unbesetzt
2.82	Muster 82/E:	unbesetzt
2.83	Muster 83/E:	unbesetzt
2.84	Muster 84/E:	unbesetzt

2.85	Muster 85/E:	unbesetzt
2.86	Muster 86/E:	unbesetzt
2.87	Muster 87/E:	unbesetzt
2.88	Muster 88/E:	unbesetzt
2.89	Muster 89/E:	unbesetzt
2.90	Muster 90/E:	unbesetzt
2.91	Muster 91/E:	unbesetzt
2.92	Muster 92/E:	unbesetzt
2.93	Muster 93/E:	unbesetzt
2.94	Muster 94/E:	unbesetzt
2.95	Muster 95/E:	unbesetzt
2.96	Muster 96/E:	unbesetzt
2.97	Muster 97/E:	unbesetzt

2.98 Muster 98/E: unbesetzt

2.99 Muster 99/E: unbesetzt

2.99A Muster 99A/E: unbesetzt

3. Inkrafttreten und Schlussvorschriften

3.1 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.Oktober 2014 in Kraft.

3.2 Kündigung

Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung durch einen Vertragspartner bewirkt, dass die Vordruck-Vereinbarung für alle Vertragspartner mit Ablauf der Kündigungsfrist außer Kraft tritt.

3.3 Anpassung an geänderte Verhältnisse

Die Vertragsschließenden sind sich darüber einig, dass ohne Kündigung bzw. ohne Änderungsvereinbarung dieser Vereinbarung notwendige Anpassungen an den Vordrucken aufgrund der Erfahrungen mit diesen vorgenommen werden können.

4. Protokollnotizen

Protokollnotiz zu Nummer 1.1.6

Übergangsregelung zur Umstellung der Formular-Muster auf PDF-Format:

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass vom 1.1.2018 bis zum 1.1.2019 den Softwarehäusern die Muster zusätzlich im PDF-Format zur Verfügung gestellt werden. Ab dem 1.1.2019 werden Muster ausschließlich im PDF-Format zur Verfügung gestellt.

In den PDF-Versionen entfällt im unteren Bereich der Muster der Satz „Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.“ Zudem wird „KBV-PRF-NR.“ durch „PRF-NR.“ ersetzt. Nr. 1.1.15 gilt unbenommen. Im Übergangszeitraum dürfen abweichend von Nr. 1.1.7 und 1.2.2 für die Erstellung der vertragsärztlichen Formulare mittels Blankoformularbedruckung neben den in Kapitel 2 dieser Vereinbarung enthaltenen Vordruckmuster auch die inhaltlich modifizierten PDF-Versionen genutzt werden.