

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> | <u>7</u> |
| 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> | <u>22</u> |
| 2.1 | Muster 1/E: unbesetzt..... | 22 |
| 2.2 | Muster 2/E: Verordnung von Krankenhausbehandlung | 22 |
| 2.3 | Muster 3/E: Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung..... | 26 |
| 2.4 | Muster 4/E: Verordnung einer Krankenförderung..... | 29 |
| 2.5 | Muster 5/E: Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie | 31 |
| 2.6 | Muster 6/E: Überweisungsschein | 33 |
| 2.7 | Muster 7/E: Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen..... | 35 |
| 2.8 | Muster 8/E: Sehhilfenverordnung | 37 |
| 2.8A | Muster 8A/E: Verordnung von vergrößernden Sehhilfen..... | 39 |
| 2.9 | Muster 9/E: Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes | 41 |
| 2.10 | Muster 10/E: Überweisungsschein für Laboratoriums-untersuchungen als Auftragsleistung | 43 |
| 2.10A | Muster 10A/E: Anforderungsschein für Laboratoriums-untersuchungen bei Laborgemeinschaften | 46 |
| 2.10C | Muster 10C/E: Auftrag für SARS-CoV-2 Testung | 48 |
| 2.11 | Muster 11/E: Bericht für den Medizinischen Dienst | 51 |
| 2.12 | Muster 12/E: Verordnung häuslicher Krankenpflege..... | 53 |
| 2.13 | Muster 13/E: Heilmittelverordnung | 59 |
| 2.14 | Muster 14/E: unbesetzt..... | 62 |
| 2.15 | Muster 15/E: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe | 62 |
| 2.16 | Muster 16: Arzneiverordnungsblatt..... | 65 |

| | | | |
|------|--------------|--|-----|
| 2.17 | Muster 17/E: | unbesetzt..... | 67 |
| 2.18 | Muster 18/E: | unbesetzt..... | 67 |
| 2.19 | Muster 19/E: | Notfall-/Vertretungsschein | 67 |
| 2.20 | Muster 20/E: | Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan) | 71 |
| 2.21 | Muster 21/E: | Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes | 76 |
| 2.22 | Muster 22/E: | Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie | 78 |
| 2.23 | Muster 23/E: | unbesetzt..... | 83 |
| 2.24 | Muster 24/E: | unbesetzt..... | 83 |
| 2.25 | Muster 25/E: | Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V | 83 |
| 2.26 | Muster 26/E: | Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V..... | 85 |
| 2.27 | Muster 27/E: | Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V | 89 |
| 2.28 | Muster 28/E: | Verordnung bei Überweisung zur Indikations-stellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten | 93 |
| 2.29 | Muster 29/E: | unbesetzt..... | 97 |
| 2.30 | Muster 30/E: | unbesetzt..... | 97 |
| 2.31 | Muster 31/E: | unbesetzt..... | 97 |
| 2.32 | Muster 32/E: | unbesetzt..... | 97 |
| 2.33 | Muster 33/E: | unbesetzt..... | 97 |
| 2.34 | Muster 34/E: | unbesetzt..... | 97 |
| 2.35 | Muster 35/E: | unbesetzt..... | 97 |
| 2.36 | Muster 36/E: | Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V..... | 98 |
| 2.37 | Muster 37/E: | unbesetzt..... | 99 |
| 2.38 | Muster 38/E: | unbesetzt..... | 99 |
| 2.39 | Muster 39/E: | Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom..... | 100 |
| 2.40 | Muster 40/E: | unbesetzt..... | 103 |
| 2.41 | Muster 41/E: | unbesetzt..... | 103 |
| 2.42 | Muster 42/E: | unbesetzt..... | 103 |
| 2.43 | Muster 43/E: | unbesetzt..... | 103 |

| | | | |
|------|---------------|--|-----|
| 2.44 | Muster 44/E: | unbesetzt..... | 103 |
| 2.45 | Muster 45/E: | unbesetzt..... | 103 |
| 2.46 | Muster 46/E: | unbesetzt..... | 103 |
| 2.47 | Muster 47/E: | unbesetzt..... | 103 |
| 2.48 | Muster 48/E: | unbesetzt..... | 103 |
| 2.49 | Muster 49/E: | unbesetzt..... | 103 |
| 2.50 | Muster 50/E: | Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Kasse..... | 104 |
| 2.51 | Muster 51/E: | Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers | 106 |
| 2.52 | Muster 52/E: | Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit..... | 108 |
| 2.53 | Muster 53/E: | Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeiten..... | 110 |
| 2.54 | Muster 54/E: | unbesetzt..... | 112 |
| 2.55 | Muster 55/E: | Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V | 112 |
| 2.56 | Muster 56/E: | Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining | 114 |
| 2.57 | Muster 57/E: | unbesetzt..... | 117 |
| 2.58 | Muster 58/E: | unbesetzt..... | 117 |
| 2.59 | Muster 59/E: | unbesetzt..... | 117 |
| 2.60 | Muster 60/E: | unbesetzt..... | 117 |
| 2.61 | Muster 61/E: | | 118 |
| | Teil A: | Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers | 118 |
| | Teil B bis D: | Verordnung von medizinischer Rehabilitation..... | 118 |
| 2.62 | Muster 62/E: | unbesetzt..... | 127 |
| 2.63 | Muster 63/E: | Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV).. | 127 |
| 2.64 | Muster 64/E: | Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V | 133 |
| 2.65 | Muster 65/E: | Ärztliches Attest Kind | 138 |
| 2.66 | Muster 66/E: | unbesetzt..... | 141 |
| 2.67 | Muster 67/E: | unbesetzt..... | 141 |
| 2.68 | Muster 68/E: | unbesetzt..... | 141 |

| | | | |
|-------|---------------|---|-----|
| 2.69 | Muster 69/E: | unbesetzt..... | 141 |
| 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 | 142 |
| 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..... | 145 |
| 2.71 | Muster 71/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.71A | Muster 71A/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.72 | Muster 72/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.73 | Muster 73/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.74 | Muster 74/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.75 | Muster 75/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.76 | Muster 76/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.77 | Muster 77/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.78 | Muster 78/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.79 | Muster 79/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.80 | Muster 80/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.81 | Muster 81/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.82 | Muster 82/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.83 | Muster 83/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.84 | Muster 84/E: | unbesetzt..... | 148 |
| 2.85 | Muster 85/E: | unbesetzt..... | 149 |
| 2.86 | Muster 86/E: | unbesetzt..... | 149 |
| 2.87 | Muster 87/E: | unbesetzt..... | 149 |
| 2.88 | Muster 88/E: | unbesetzt..... | 149 |
| 2.89 | Muster 89/E: | unbesetzt..... | 149 |
| 2.90 | Muster 90/E: | unbesetzt..... | 149 |
| 2.91 | Muster 91/E: | unbesetzt..... | 149 |
| 2.92 | Muster 92/E: | unbesetzt..... | 149 |

| | | | |
|-----------|--|----------------|------------|
| 2.93 | Muster 93/E: | unbesetzt..... | 149 |
| 2.94 | Muster 94/E: | unbesetzt..... | 149 |
| 2.95 | Muster 95/E: | unbesetzt..... | 149 |
| 2.96 | Muster 96/E: | unbesetzt..... | 149 |
| 2.97 | Muster 97/E: | unbesetzt..... | 149 |
| 2.98 | Muster 98/E: | unbesetzt..... | 150 |
| 2.99 | Muster 99/E: | unbesetzt..... | 150 |
| 2.99A | Muster 99A/E: | unbesetzt..... | 150 |
| 3. | INKRAFTTRETEN UND SCHLUSSVORSCHRIFTEN | | 151 |
| 3.1 | Inkrafttreten..... | | 151 |
| 3.2 | Kündigung..... | | 151 |
| 3.3 | Anpassung an geänderte Verhältnisse | | 151 |
| 4. | PROTOKOLLNOTIZEN | | 152 |

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 Urschriften von Urkunden aufweisen.

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

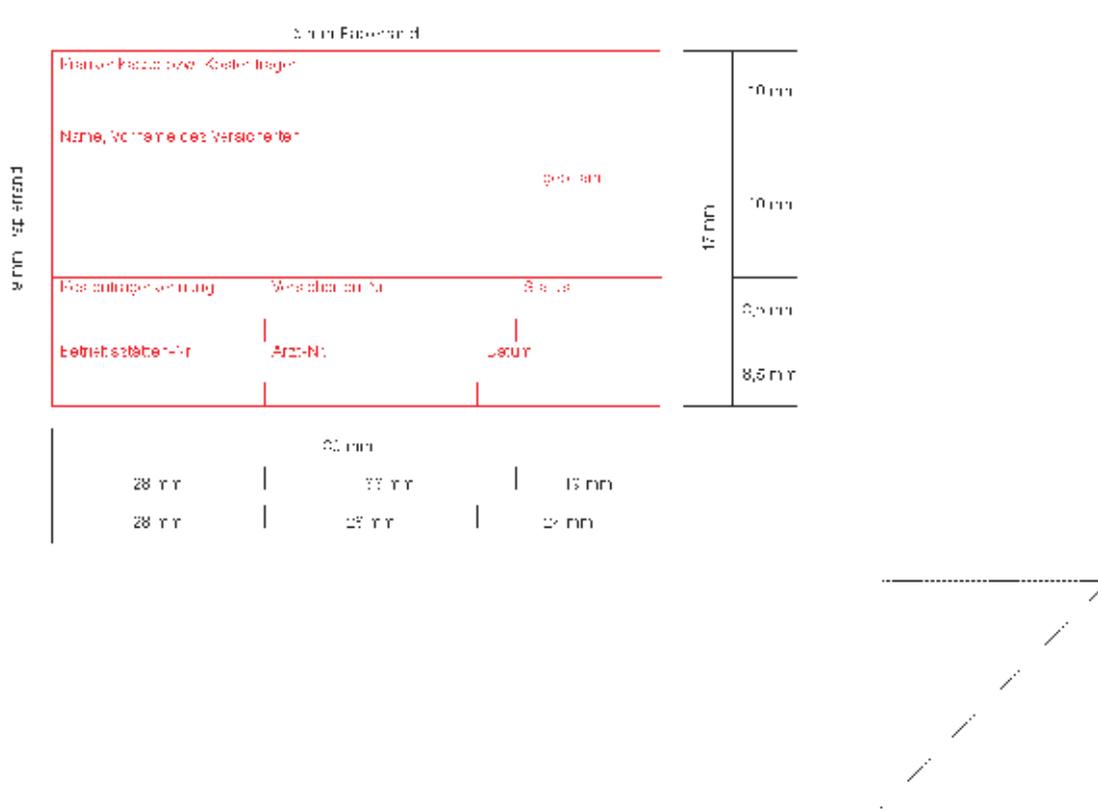
1.1.5 Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt den Softwarehäusern zeitgleich mit den Informationen über die Änderungen bestehender Formulare bzw. der Neueinführung von Formularen die entsprechenden Informationen für das Blankoformularbedruckungsverfahren. Mit der Lizenznahme verpflichtet sich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

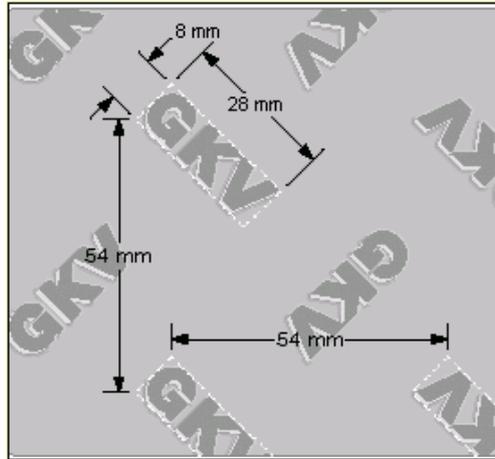
1.1.7 Bei der Herstellung der Vordrucke nach dieser Vereinbarung sind als Druckvorlage ausschließlich die verbindlichen Muster (abgebildet im jeweiligen Kapitel der Vordruck-Vereinbarungen) zu verwenden; dabei ist sicherzustellen, dass sich gegenüber den Mustern im Inhalt, in der Gestaltung, Abmessung, 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/m² 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 |
| 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 Krankenförderung | 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 |

| Nr. | Formularname | Bemerkungen | Bfb-version | Barcode-Typ |
|----------------|--|---|--------------------|--------------------|
| Muster 10/E | Überweisungsschein Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung | Der Barcode kann optional eine Anforderungs-ID enthalten | Ja | 3 |
| 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 10Ca/E | Auftrag für SARS-COV-2 Testung | Der Barcode kann optional eine Anforderungs-ID enthalten | Ja | 3 |
| Muster 10Cb/E | Auftrag für SARS-COV-2 Testung | | Ja | 0 |
| 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 |

| Nr. | Formularname | Bemerkungen | Bfb-version | Barcode-Typ |
|------------------|---|--|-------------|-------------|
| 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 |
| 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 |

| Nr. | Formularname | Bemerkungen | Bfb-version | Barcode-Typ |
|------------------|--|--|--------------------|--------------------|
| 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 | | | |
| Muster 25/E | Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerk. 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 |

| Nr. | Formularname | Bemerkungen | Bfb-version | Barcode-Typ |
|------------------|--|---|--------------------|--------------------|
| 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 |
| 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 |

| Nr. | Formularname | Bemerkungen | Bfb-version | Barcode-Typ |
|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| 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 | | | |
| 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 | 1 |
| Muster 61Db/E | Verordnung von medizinischer Rehabilitation | Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt | Ja | 0 |

| Nr. | Formularname | Bemerkungen | Bfb-version | Barcode-Typ |
|----------------|---|--|-------------|-------------|
| Muster 62/E | unbesetzt | | | |
| 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.1/E | Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) | Für den spezialisierten Leistungserbringer | Ja | 1 |
| Muster 63b.2/E | Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) | Für den spezialisierten Leistungserbringer | Ja | 0 |
| Muster 63c.1/E | Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) | Für den spezialisierten Leistungserbringer – der Abrechnung beizufügen | Ja | 1 |
| Muster 63c.2/E | Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) | Für den spezialisierten Leistungserbringer – der Abrechnung beizufügen | Ja | 0 |
| Muster 63d.1/E | Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) | Für den verordnenden Arzt | Ja | 1 |
| 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 |

| Nr. | Formularname | Bemerkungen | Bfb- version | Barcode- Typ |
|---------------------|---|--|-------------------------|-------------------------|
| 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 | | | |
| 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

| | |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> Krankheitskostenklärung</p> <hr/> <p>Pat. Nr. / Geburtsdatum / Geburtsort</p> <p>Adressen:</p> <p>Krankenkasse: _____</p> <p>Arzt: _____</p> <p>Unterschrift: _____</p> <p>Datum: _____</p> | <p style="text-align: right;">2</p> <p>Verordnung von Krankenhausbehandlung</p> <p>(für die Krankenkassen-Kostenübernahme)</p> <p>Freigeiz- behandlung <input type="checkbox"/> Nicht- <input type="checkbox"/></p> <p>Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/></p> <p>Ursache: _____</p> <p>Diagnose: _____</p> <p>Behandlung: _____</p> <p>Verordnungsdatum: _____</p> <p>Verordnungsärzt: _____</p> |
| <p>Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vom Arztuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.</p> <p>Geschieht das nicht, so kann die Kostentragung durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.</p> | |
| <p>Vom Krankenhaus zu zahlen:</p> <p>Krankenkassenbeitrag: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| <p>Dr. med. ...</p> <p>_____</p> | |

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

| | |
|--|--|
| <p>Kundenkonto-Nr. (auswählen)</p> <hr/> <p>Personenname (auswählen)</p> <hr/> <p> <input type="checkbox"/> Stammdatenanfrage <input type="checkbox"/> Stammdaten <input type="checkbox"/> Stammdatenakt. <input type="checkbox"/> Stammdaten <input type="checkbox"/> Stammdaten </p> <p>Hauptbuchungsjahr</p> <p> <input type="checkbox"/> Stammdatenbuchungsjahr <input type="checkbox"/> Stammdatenbuchungsjahr </p> <p>Die Stammdaten sind im Stammdatenbuchungsjahr</p> <p>Stammdatenbuchungsjahr</p> <hr/> <hr/> | <p style="text-align: center;">Zeugnis über den nutzbringlichen Tag der Entlohnung</p> <p style="text-align: center;">3</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">Ausfertigung für die Werkzeuge des Stammdatenbuchungsjahrs</p> </div> <hr/> <p style="text-align: right;">Vordruckdienstleistungen</p> |
| <p>© 2021 SAP SE oder SAP AG in Deutschland Alle Rechte vorbehalten. SAP und die weiteren Marken sind Warenzeichen der SAP SE oder der SAP AG in Deutschland oder anderer Länder.</p> | <p>SAP SE Hauptstadt: WÜRZBURG</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

2.5 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.

2.6 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">Broschüre über Kundenlager</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>Kundenkategorie</td> <td>Versicherer-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Praxis-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p>Diagnose/Verdachtsdiagnose</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Befund/Medikation</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Auftrag</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | Broschüre über Kundenlager | | | Name, Vorname des Versicherten | | | | | geb. am | Kundenkategorie | Versicherer-Nr. | Status | Praxis-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | <h3 style="text-align: center;">Überweisungsschein</h3> <div style="text-align: right;"> 06BF <small>Quartal</small> </div> <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"/> Unfall Unfallsfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 _____ </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 § 15 Abs. 3a SGB V </p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 10px auto; text-align: center; font-size: 8px;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div> |
| Broschüre über Kundenlager | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | geb. am | | | | | | | | | | | | | | |
| Kundenkategorie | Versicherer-Nr. | Status | | | | | | | | | | | | | | |
| Praxis-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|----------|-------|----------|----------|----------|---|
| <p>Klinische Untersuchung</p> <hr/> <p>Körperliche Untersuchung</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Körperliche Untersuchung</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Diagnose</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Datum</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Diagnose</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Anamnese</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Diagnose</td> </tr> </table> | Körperliche Untersuchung | Diagnose | Datum | Diagnose | Anamnese | Diagnose | <h2 style="margin: 0;">Überweisung</h2> <p style="margin: 0;">Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen Diagnosen/Indikation zur Psychotherapie:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Information für den Arzt: _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p style="font-size: small;">Der Rückgabeweg ist über das Gesundheitsamt Psychotherapie zu nach Klären und Jugendärztliche Psychotherapie möglich ist, wenn spezifische oder andere Maßnahmen nach der Untersuchung überfordert</p> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Ausstellungsdatum</p> <hr style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">Dieses Formular ist ein Therapieplan nach § 12b SGB V Muster 7/E 01/2016</p> |
| Körperliche Untersuchung | Diagnose | Datum | | | | | |
| Diagnose | Anamnese | Diagnose | | | | | |

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>Behilfenverordnung</p> <p>_____ _____ _____</p> <p>Behilfenverordnung</p> <p>_____ _____ _____</p> <p>Wegweiser für die Verordnung</p> <p>_____ _____</p> | <p>Behilfenverordnung</p> <p>_____ _____ _____</p> <p>Behilfenverordnung</p> <p>_____ _____ _____</p> <p>Wegweiser für die Verordnung</p> <p>_____ _____</p> | <p>Erklärung des Versicherten (Mit Vorlage des Bescheides über die Behilfenverordnung)</p> <p>Ich bestätige, dass die oben beschriebene Behilfenverordnung meine persönliche Angelegenheit ist und ich die Verantwortung dafür übernehme.</p> <p>Entscheidung der Krankenkasse</p> <p>Empfängerbestätigung</p> <p>Ich bestätige, dass ich die oben beschriebene Behilfenverordnung erhalten habe und sie für mich in Anspruch nehmen werde.</p> <p>Bestätigung des Leistungserbringers</p> <p>Ich bestätige, dass ich die oben beschriebene Behilfenverordnung erhalten habe und sie für mich in Anspruch nehmen werde.</p> <p>Zur Beachtung für den Versicherten</p> <p>Die Krankenkasse ist verpflichtet, die oben beschriebene Behilfenverordnung zu leisten, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.</p> |
|--|--|---|

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

2.9 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

| | |
|---|--|
| <p style="margin: 0;">Krankenkasse bzw. Mutterbeleg</p> <hr/> <p style="margin: 0;">Name, Vorname des Versicherten geb. am</p> <hr/> <p style="margin: 0;">Krankengemeinschaft Versicherungs- nummer Status</p> <hr/> <p style="margin: 0;">Geburtsdatum, -ort Geburtsort Geburtsort</p> | <p style="margin: 0;">Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes 9</p> <p style="margin: 0; font-size: small;">Erforderlich für die Gewährung der verlängerten Mutterschaftsgelder. Diese Bescheinigung entfällt nicht bei Mehrlingsgeburten.</p> |
| <p style="margin: 0;">1. Frühgeburt, geboren am _____</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> b) Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, es besteht jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf wegen nicht voll ausgebildeter Reflexe oder verfrühter Beendigung der Schwangerschaft</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> c) Totgeburt ab 500 Gramm oder ab 24. Schwangerschaftswoche jeweils mit Anzeichen nach a) oder b)</p> <p style="margin: 0;">2. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor Bitte Rückseite ausfüllen!</p> | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">Vertragssatzstempel / Unterschrift des Arztes</p> |
| <p style="font-size: x-small;">Weil 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. Die Angaben sind nur erforderlich, wenn die Daten von der Kinderseite abweichen!</p> | |
| <p style="margin: 0;">Name, Vorname der Versicherten Geburtsdatum</p> <hr/> <p style="margin: 0;">Straße, Haus-Nr. _____</p> <hr/> <p style="margin: 0;">PLZ Wohnort</p> <hr/> | |
| <p style="margin: 0;">Erklärung</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">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; margin: 0;">Für Bezieherinnen von Arbeitslosengeld: Ich informiere die Agentur für Arbeit über die verlängerte Mutterschaftsgeldzahlung.</p> | |
| <p style="margin: 0;">Datum</p> <hr/> | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">Unterschrift der Versicherten</p> </div> |
| <p style="font-size: x-small; margin: 0;">Der Service erhält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> | |
| <p style="font-size: x-small; margin: 0; text-align: right;">TPE 549 Muster 9/E (4/2019)</p> | |

Original: DIN A5 hoch

- 2.10 Muster 10/E: Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen 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

| | |
|--|---|
| <p>Klinikkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Wohnort und Versicherungsnummer</p> <p style="text-align: right;">geb. am</p> <hr/> <p>Kostenübernahme: Krankenkasse Nr. _____ Status _____</p> <p>Berufstätigkeit: Art/Nr. _____ Dauer _____</p> <p>Eintrag zur bei Aktenübertragung! Serienschilder-Nr. des Drivensatzes _____ Art-Nr. des Drivensatzes _____</p> <p><input type="checkbox"/> Befund mit Übermittlung an <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax Nr. _____</p> <p>Diagnose/Gedächtnisdiagnose</p> <p>_____</p> <p>Befund/Medikation</p> <p>_____</p> <p>Auftrag</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p style="text-align: center;">Überweisungsschein für Laboratoriums- untersuchungen als Auftragsleistung</p> <p><input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei beiderseit. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallsfolgen</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!</p> </div> <p>Abnahmedatum _____ Abnahmedzeit _____</p> <p style="text-align: right;">SSW _____</p> <p style="text-align: right;">10BF</p> <div style="text-align: right;"> <p>Klinikkassen- Kennzahl _____ Quartal _____</p> <p>Geschlecht _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung bekannte Infektion <input type="checkbox"/></p> <p>Behandlung gemäß <input type="checkbox"/> § 110b SGB V <input type="checkbox"/> dingesehnter Leistungsanspruch gemäß § 10 Abs. 3a SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> Empfängerungung, Sterilisation, Schwangerschaftstestbrauch</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 10px auto;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Vertragshinweis / Unterschrift Unters. Arzt</p> </div> |
| <p>Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfälle, Dienstunfällen und Schülerunfällen</p> | <p style="text-align: center;">Muster 10/E (11/2012)</p> <p style="text-align: right;">PKB 104</p> |

Original: DIN A5 quer

2.10.8 Muster 10L/E

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| Klinikkontakt zum Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am _____ | | Überweisungsschein für Laboratoriums- untersuchungen als Auftragsleistung | | 10L  |
| Kostenträgerkennung: Vorname-Nr. _____ Sexus _____ Dienststellen-Nr.: Amt-Nr. _____ Gasse _____ | | <input type="checkbox"/> Kurztz <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei beiderseit. Behandlung <input type="checkbox"/> Unbill. Unbilligkeiten Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben! Abnahmedatum _____ Abnahmestelle _____ | | Knapptext- Kennzahl Quartal _____ Geschlecht _____ |
| Eintrag zur der Weiterübertragung! Dienststellen-Nr. des Destinatars _____ Amt-Nr. des Destinatars _____ | | <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung bekannte Infektion <input type="checkbox"/> Behandlung gemäß § 110b SGG V <input type="checkbox"/> dingesehnter Leistungsanspruch gemäß § 10 Abs. 3a SGG V <input type="checkbox"/> Empfängerungeneigt, Sterilisation, Schwangerschaftstestbrauch | | |
| <input type="checkbox"/> Befund mit Übermittlung an <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax Nr. _____ Diagnose/Gedächtnisdiagnose, Befund/Medikation, Auftrag | | | | |
| Nicht zu verwenden bei Arbeitsblätter, Dienstbescheinigungen und Schülerarbeiten | | Muster 10L/E (11/2021) | | Vertragspartner: Universität Ulm, Amt _____ |

Original: DIN A5 quer

- 2.10A Muster 10A/E: Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften
(Stand: 10.2020)
- 2.10A.1 Als Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften 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

Kontrastmittel bzw. Narkosemittel

Name, Vorname und Nachname gab. an

Kostenübernahme Krankenkasse Selbst

Beauftragter: Arzt Diener

Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen

Anforderungsschein für Laboratoriums- untersuchungen bei Laborgemeinschaften

Kurztz Präkurtz bei Injektion/Behandlung Unfall, Unfälleigen

Abnahmestadium Abnahmezeit

10ABF

Antragskennziffer Geschlecht SSW

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Befundzeit | Serum / Plasma / Vollblut | <input type="checkbox"/> Gamma-GT | <input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin | <input type="checkbox"/> Urin |
| <input type="checkbox"/> EDTA-Blut | <input type="checkbox"/> alkalische Phosphatase 13 | <input type="checkbox"/> Glukose 28 | <input type="checkbox"/> Lipase 43 | <input type="checkbox"/> Status 55 |
| <input type="checkbox"/> großes Blutbild 2 | <input type="checkbox"/> Amylase 14 | <input type="checkbox"/> GOT / ASAT 20 | <input type="checkbox"/> Natrium 44 | <input type="checkbox"/> Mikroalbumin 58 |
| <input type="checkbox"/> kleines Blutbild 3 | <input type="checkbox"/> ASL 15 | <input type="checkbox"/> GPT / ALAT 30 | <input type="checkbox"/> Natrium 44 | <input type="checkbox"/> Glukose 58 |
| <input type="checkbox"/> HbA1c 4 | <input type="checkbox"/> Bilirubin direkt 18 | <input type="checkbox"/> Hamalase 31 | <input type="checkbox"/> CP-Normwertung (50/100) | <input type="checkbox"/> Sediment 50 |
| <input type="checkbox"/> Retikulozyten 5 | <input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt 17 | <input type="checkbox"/> Hamatofl 32 | <input type="checkbox"/> Phosphat, anorg. 48 | Citrat-Blut |
| <input type="checkbox"/> Blutauskultung 6 | <input type="checkbox"/> Calcium 18 | <input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin 34 | <input type="checkbox"/> Transamin 47 | <input type="checkbox"/> Glukose 8 |
| Gesundheitsuntersuchungen | <input type="checkbox"/> Cholesterin 19 | <input type="checkbox"/> IgA 35 | <input type="checkbox"/> Triglyceride 48 | <input type="checkbox"/> Glukose unter Markierung Therapie 9 |
| <input type="checkbox"/> Hämoglobinwert (32883) 62 | <input type="checkbox"/> Cholinesterase 20 | <input type="checkbox"/> IgG 36 | <input type="checkbox"/> TSH 49 | <input type="checkbox"/> Thrombinzeit 10 |
| <input type="checkbox"/> Nuchternblutglukose (32581) 63 | <input type="checkbox"/> CRP 23 | <input type="checkbox"/> Kalium 38 | Glukose-Profil | <input type="checkbox"/> PTT 11 |
| <input type="checkbox"/> Lipidprofil (32852) 64 | <input type="checkbox"/> Eisen 24 | <input type="checkbox"/> Kreatinin 39 | <input type="checkbox"/> Glukose 1 51 | <input type="checkbox"/> Serologie 51 |
| | <input type="checkbox"/> Eryth Elektrophorese 25 | <input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance 40 | <input type="checkbox"/> Glukose 2 52 | |
| | <input type="checkbox"/> Eryth gesamt 28 | <input type="checkbox"/> LDH 41 | <input type="checkbox"/> Glukose 3 53 | |
| | | | <input type="checkbox"/> Glukose 4 54 | |

Muster 10A/E (10/2021) PNR: ML

Original: DIN A5 quer

2.10C Muster 10C/E: Auftrag für SARS-CoV-2 Testung

(Stand: 01.2021)

- 2.10C.1 Als Auftrag für SARS-COV-2 Testung sind die unter Kapitel 2.10C.7 und 2.10C.8 abgebildeten Muster 10Ca/E und 10Cb/E zu verwenden.
- 2.10C.2 Die Muster 10Ca/E und 10Cb/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format quer zu erstellen.
- 2.10C.3 Das Muster 10Ca/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.
- 2.10C.4 Die Muster 10Ca/E und 10Cb/E werden jeweils individuell mit einem eindeutigen GUID versehen. Auf Muster 10Ca/E wird die GUID in einer DataMatrix abgebildet und auf Muster 10Cb/E in einem QR-Code. Die Erstellung der DataMatrix sowie des QR-Codes ist dem Dokument „Leitfaden zur Implementierung Muster 10C/E und Muster OEDG“ dem Kapitel 3.1 sowie 3.2 zu entnehmen.
- 2.10C.5 Die Muster 10Ca/E und 10Cb/E dürfen nicht im Duplexverfahren gedruckt werden.
- 2.10C.6 Das Muster 10Cb/E ist dem Versicherten auszuhändigen.

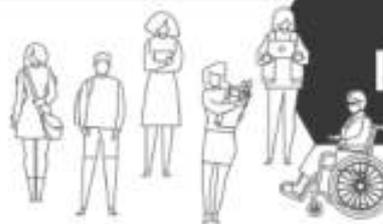
2.10C.7 Muster 10Ca/E

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|---|--|--|
| <p>Kontaktkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten geb. am</p> <hr/> <p>Krankheitsgarantie Versicherungs-Nr. Datum</p> <hr/> <p>Gesamtkosten-Nr. Art-Nr. Datum</p> <hr/> <p>Eintrag nur bei Weiterüberweisung! Gesamtkosten-Nr. des Erhobenenlasses Art-Nr. des Erhobenenlasses</p> | <p>Auftrag für SARS-CoV-2 Testung</p> <p>>>>>> <i>Muster nicht kopieren!</i> <<<<<<</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Auftragsnummer des Labors</p> <p>Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!</p> </div> <p>Abnahmedatum Abnahmezeit</p> | <p style="text-align: right;">10CBF</p> <div style="text-align: center;">  <p>Quartal</p> <p>Geschlecht</p> </div> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Ersttestung <input type="checkbox"/> weitere Testung </p> | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> Diagnostische Abklärung</p> | | | | | | | | |
| <p>Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend, bitte ankreuzen)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in: </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen <small>ambulant/stationär (auch Rettungsdienst, andere Fachambulanz, Heilberuf)</small> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen <small>(z.B. Pflegeheim und -dienste, Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)</small> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung: </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen <small>(z.B. Altes, Schulen)</small> </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Sonstigen (Einrichtungen) <small>(z.B. nicht medizinische Hilfe- und Versorgungseinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)</small> </td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in: | <input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen <small>ambulant/stationär (auch Rettungsdienst, andere Fachambulanz, Heilberuf)</small> | <input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen <small>(z.B. Pflegeheim und -dienste, Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)</small> | <input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung: | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen <small>(z.B. Altes, Schulen)</small> | <input type="checkbox"/> Sonstigen (Einrichtungen) <small>(z.B. nicht medizinische Hilfe- und Versorgungseinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)</small> |
| <input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in: | <input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen <small>ambulant/stationär (auch Rettungsdienst, andere Fachambulanz, Heilberuf)</small> | <input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen <small>(z.B. Pflegeheim und -dienste, Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)</small> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung: | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen <small>(z.B. Altes, Schulen)</small> | <input type="checkbox"/> Sonstigen (Einrichtungen) <small>(z.B. nicht medizinische Hilfe- und Versorgungseinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)</small> | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> Das Einverständnis des Versicherten zum Übermitteln des Testergebnisses für Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server wurde erteilt. Dem Versicherten wurden Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt.</p> | | | | | | | | |
| <p>Daten für das Gesundheitsamt - Übermittlung gemäß Infektionsschutzgesetz</p> <p>Telefonnummer des Versicherten</p> | | | | | | | | |
| <p><small>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 10Ca/E (1.2021) PSE/NT</small></p> | | <p>Wertpapierstempel / Unterschrift (obere, rechte)</p> | | | | | | |

Original: DIN A5 quer

2.10C.8 Muster 10Cb/E

Name, Vorname des Versicherten



Gemeinsam schnell die INFEKTIONSKETTE UNTERBRECHEN

Die App als Beitrag, um die Pandemie weiter einzudämmen

Tragen Sie aktiv zur Eindämmung der Pandemie bei. Nutzen Sie die Corona-Warn-App.
Die App zu nutzen ist ganz einfach. Ihre Daten sind dabei sicher und werden nicht weitergegeben.

1. Laden Sie die App im Apple Store oder Google Play Store. Die App ist kostenlos.
2. Richten Sie die App ganz einfach ein. Sie werden dabei in der App angeleitet.
3. Scannen Sie den QR-Code und Sie erhalten eine Benachrichtigung, sobald Ihr Testergebnis vorliegt.
4. Im Falle eines positiven Testergebnisses können Sie andere App-Nutzer freiwillig warnen.

Hinweise zum Datenschutz: Sie möchten die Corona-Warn-App (App) des Robert-Koch-Instituts (RKI) zum Ablauf Ihres Testergebnisses verwenden. Um Ihr Testergebnis über die App abrufen zu können ist es notwendig, dass Ihr Testergebnis von dem Labor an die Server-Systeme der App übermittelt wird. Vorab dazu erfolgt dies, indem das Labor Ihr Testergebnis, verknüpft mit einem maschinenlesbaren QR-Code, auf einem hierfür bestimmten Server der App-Infrastruktur ablegt. Der QR-Code ist Ihr Pseudonym, weitere Angaben zu Ihrer Person sind für die Anzeige des Testergebnisses in der App nicht erforderlich. Sie erhalten unterstehend eine Kopie des QR-Codes, der durch die Kamerafunktion Ihres Smartphones in die App angewiesen werden kann. Nur hierdurch ist eine Verknüpfung des Testergebnisses mit Ihrer App möglich. Mit Ihrer Einwilligung können Sie dann Ihr Testergebnis mit Hilfe der App abrufen. Ihr Testergebnis wird automatisch nach 21 Tagen auf dem Server gelöscht. Wenn Sie mit der Übermittlung Ihres pseudonymen Testergebnisses mittels des QR-Codes an die App-Infrastruktur zum Zweck des Testabruhs einverstanden sind, bestätigen Sie dies bitte gegenüber Ihrem Arzt. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bitte beachten Sie jedoch, dass aufgrund der vorhandenen Pseudonymisierung eine Zuordnung zu Ihrer Person nicht erfolgen kann und daher eine Löschung Ihrer Daten erst mit Ablauf der 21-tägigen Speicherfrist automatisch erfolgt. Einzelheiten hierzu finden Sie zudem in den »Datenschutzrichtlinien« der Corona-Warn-App des RKI.

* Wenn Sie jünger als 16 Jahre alt sind, besprechen Sie die Nutzung der App bitte mit Ihren Eltern oder Ihrer sorgeberechtigten Person.



Ihre Notizen:

Scannen Sie diesen QR-Code

Muster 10Cb/E (1. 2021)
Dieses Formular enthält keine auf Ihren Namen oder ein bestimmtes Datum.

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

| | | |
|--|-------------------|-----------|
| Leistungsbereich | Abrechnung | 11 |
| Bericht für den Medizinischen Dienst | | |
| <small>Der Bericht des Arztbefragten ist ausschließlich für die MDR- und MDR-Verfahren (MfD, MfA) und andere Zwecke des MDR- und MfA-Verfahrens bestimmt. Die MDR- und MfA-Verfahren sind ausschließlich für die MDR- und MfA-Verfahren bestimmt. Die MDR- und MfA-Verfahren sind ausschließlich für die MDR- und MfA-Verfahren bestimmt.</small> | | |
| Datum der Arztbefragung: _____ | | |
| Diagnose: _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| Mittelschwere mild schwer im Fachbereich: _____ | | |
| Funktionsfähigkeit keine Verschlimmerung gute Besserung keine Besserung | | |
| Besondere Hinweise: _____ | | |
| _____ | | |
| Patienten-/Patientenfam. vom Medizinischen Dienst Hilfe aufsuchen, weil: _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| Eine Begutachtung ist aus medizinischen Gründen gegenwärtig möglich aus Kostengründen | | |
| Arbeitsfähig: ja _____ | | |
| Verursachungskategorie: _____ | | |
| Folgebefragung mit dem Bittsteller Rückgabe beauftragt: | | |
| <input type="checkbox"/> Folgebefragung <input type="checkbox"/> Jährlich <input type="checkbox"/> ERG- <input type="checkbox"/> Einmalig <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Auf der <input type="checkbox"/> Krankheitsgeschichte | | |
| Sonstige: _____ | | |
| Für den Bericht über die Arztbefragung: _____ | | _____ |
| Für den Bericht über die Arztbefragung: _____ | | _____ |
| _____ | | _____ |
| _____ | | _____ |
| _____ | | _____ |
| _____ | | _____ |

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

| <p>Personenname bzw. -vorname</p> <hr/> <p>Tätigkeit, sonstige die Versicherung</p> <p style="text-align: right;">Geb. am</p> <p> <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Anorektische St. <input type="checkbox"/> Skizophr. </p> <p> <input type="checkbox"/> Demenzerkrank. <input type="checkbox"/> Arterio. <input type="checkbox"/> Epilepsie </p> <p> <input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall </p> | <h2 style="text-align: center;">Verordnung häuslicher Krankenpflege</h2> <p style="text-align: right;">12</p> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-GM)</p> <p> Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsbeschreibung ICD-10-GM) </p> <p>vom _____ bis _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|-------|-----|-------|--|------|------|------|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Behandlungspflege | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Medikamentengabe, Aspiration</p> <p><input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamentengabe</p> <p> <input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> herichtet <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan </p> <p>Blutzuckermessung</p> <p> <input type="checkbox"/> Erst- oder NeuEinstellung (max. 4 Wochen nach einer St. Ängstl.) <input type="checkbox"/> bei intensivierter Insulintherapie </p> <p>Kompressionsbehandlung</p> <p> <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits </p> <p> <input type="checkbox"/> Kompressionsverbände anlegen <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen </p> <p> <input type="checkbox"/> Stütz- und stabilisierende Verbände, Art _____ <input type="checkbox"/> Kompressionsverbände abnehmen </p> | <p><small>Dauer nur ausgeben bei Abwicklung von Dauer der gesamten Verordnung</small></p> <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Wundart _____</p> <p>Lokalisation _____ aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) _____ aktueller Grad _____</p> <p>Präparate, Verbandsmaterialien _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Wundversorgung akut <input type="checkbox"/> Wundversorgung chronisch </p> <p> <input type="checkbox"/> Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung </p> <p>Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)</p> <p style="text-align: right;">Anzahl _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p> <input type="checkbox"/> Unterwärtigungspflege nach § 37 (1a) SGB V <input type="checkbox"/> Krankenhausermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V </p> <p> <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung </p> <p>Weitere Hinweise</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausfertigung für die Krankenkasse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;"> (Für Zwecke der ICD-10-GM sind die ICD-10-GM-Klassifikationen zu verwenden) </p> <p style="text-align: right;"> Vertragsärztliche Versorgung / Unternehmlichkeit des Arztes 111-101 Muster 12a.1/E (10/2020) </p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Original: DIN A4 hoch

2.12.9 Muster 12a.2/E

| | | |
|----------------------------|--------------|------------------|
| Name, Vorname und Nachname | Geburtsdatum | Versicherung 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 | |
|----------|------------|------|------|-------|-----|
| | tg. | 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 _____

Installationsnummer / Pflegedienst _____

Anredepartner in dem Pflegedienst Name _____

Telefonnummer des Pflegedienstes _____ Fach-Nr. des Pflegedienstes _____

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes _____

Datum _____

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

Form 12a.2/E
 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">Patientenname bzw. -vorname</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Tätigkeit, sonstige die Versicherung</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Geburtsdatum</td> <td style="width: 33%;">Geburtsort</td> <td style="width: 33%;">Geburtsort</td> </tr> <tr> <td>Berufskategorie</td> <td>Art der</td> <td>Ort</td> </tr> </table> | Patientenname bzw. -vorname | | | Tätigkeit, sonstige die Versicherung | | | Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsort | Berufskategorie | Art der | Ort | <h2 style="text-align: right;">Verordnung häuslicher Krankenpflege 12</h2> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-GM)</p> <p>Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsbeschreibung ICD-10-GM)</p> <p>vom _____ bis _____</p> | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|---|------------|--------------------------------------|--|-------|--------------|------------|------------|-----------------|---------|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Patientenname bzw. -vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tätigkeit, sonstige die Versicherung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsort | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Berufskategorie | Art der | Ort | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <h3 style="text-align: left; margin: 0;">Behandlungspflege</h3> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medikamentengabe, Aspiration _____ | | <small>Dauer nur ausgeben bei Abwicklung von Dauer der gesamten Verordnung</small> <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>wil.</th> <th>ml.</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. | wil. | ml. | vom | bis | | | | | | | | | | | | | | | |
| Häufigkeit | | | Dauer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| tgl. | wil. | ml. | vom | bis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox <input type="checkbox"/> Medikamentengabe <input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> herichtet <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Blutzuckermessung <input type="checkbox"/> Erst- oder Neuinstellung (max. 4 Wochen nach einer St. Ängst) <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"/> Stütz- und stabilisierende Verbände, Art _____ <input type="checkbox"/> Kompressionsverbände abnehmen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 Patientenangehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) _____ | | Anzahl _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <h3 style="text-align: left; margin: 0;">Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung</h3> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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>wil.</th> <th>ml.</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. | wil. | ml. | vom | bis | | | | | | | | | | | | | | | |
| Häufigkeit | | | Dauer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| tgl. | wil. | ml. | vom | bis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Weitere Hinweise _____ _____ _____ | | <small>Vertragskategorie / Unterschrift des Arztes</small> <small>111-101</small> <small>01/2019 (22.11.2020)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausfertigung für den Pflegedienst | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Original: DIN A4 hoch

2.12.11 Muster 12c/E

| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Patientenname bzw. -vorname</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Tätigkeit, sonstige berufliche Betätigung</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Geburtsdatum</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Geburtsort</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Geburtsort</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Mutterkennzeichen</td> <td style="padding: 2px;">Anrede</td> <td style="padding: 2px;">Straße</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Postleitzahl</td> <td style="padding: 2px;">Ort</td> <td style="padding: 2px;">Land</td> </tr> </table> <p style="margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall </p> | Patientenname bzw. -vorname | | | Tätigkeit, sonstige berufliche Betätigung | | | Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsort | Mutterkennzeichen | Anrede | Straße | Postleitzahl | Ort | Land | <h3 style="text-align: center;">Verordnung häuslicher Krankenpflege 12</h3> <p style="text-align: center;">Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-GM)</p> <p> Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsbeschreibung ICD-10-GM) </p> <p> vom _____ bis _____ </p> | | | | | | | | | | |
|--|---|------------|-----|---|--|--|--------------|------------|------------|-------------------|--------|--------|--------------|-----|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Patientenname bzw. -vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tätigkeit, sonstige berufliche Betätigung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsort | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mutterkennzeichen | Anrede | Straße | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Postleitzahl | Ort | Land | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behandlungspflege | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Medikamentengabe, Aspiration</p> <p> <input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox <input type="checkbox"/> Medikamentengabe <input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> herichtlich <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan </p> <p> Blutzuckermessung <input type="checkbox"/> Erst- oder Neuinstellung (max. 4 Wochen nach einer Diätänderung) <input type="checkbox"/> bei intensivierter Insulintherapie </p> <p> 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"/> Kompressionsverbände abnehmen <input type="checkbox"/> Stützbände und stabilisierende Verbände, Art _____ </p> <p> Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung Wundart _____ Lokalisation _____ aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) _____ aktueller Grad _____ Präparate, Verbandsmaterialien _____ </p> <p> <input type="checkbox"/> Wundversorgung akut <input type="checkbox"/> Wundversorgung chronisch <input type="checkbox"/> Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung </p> <p> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege _____ _____ </p> <p> Anleitung zur Behandlungspflege für Patientenangehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) _____ </p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p> <input type="checkbox"/> Unterwärtigungspflege nach § 37 (1a) SGB V <input type="checkbox"/> Krankenhausermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung </p> <p> Weitere Hinweise _____ _____ _____ </p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausfertigung für den Vertragsarzt | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Häufigkeit</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">Dauer</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">tgl.</th> <th style="text-align: center;">wtl.</th> <th style="text-align: center;">ml.</th> <th style="text-align: center;">vom</th> <th style="text-align: center;">bis</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"> Vertragsärztliche Leistung / Unterweisung des Arztes ICD-10-GM Muster 12c/E (13.05.22) </p> | Häufigkeit | | Dauer | | | tgl. | wtl. | ml. | vom | bis | | | | | | | | | | | | | | | |
| Häufigkeit | | Dauer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| tgl. | wtl. | ml. | vom | bis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 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 colspan="3" style="text-align: center;">Kontaktdaten</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Name</td> <td style="width: 33%;">Vorname</td> <td style="width: 33%;">Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td>PLZ</td> <td>Strasse</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefon</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Arztname</td> <td>Adresse</td> <td>Ort</td> </tr> <tr> <td>Postfach</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10-CM</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Diagnosegruppe _____ Larynxformatik <small>paratub. / intratub. / epiglott.</small> <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c polypöse Stimmritze <input type="checkbox"/> Larynxpolyp <input type="checkbox"/></p> <p><small>Larynxpolyp: epiglottisch / intratub. / paratub. / subglottisch / transglottisch</small></p> <p>Heilmittel nach Nutzung des Kataloges</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; height: 20px;">Heilmittel</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">Summe</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> <p>Spezielles Heilmittel</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Therapiebericht Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Therapiefrequenz _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf <small>in Verbindung mit Drogen</small></p> <p>ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise</p> <p>_____</p> | Kontaktdaten | | | Name | Vorname | Geburtsdatum | PLZ | Strasse | | Telefon | | | Arztname | Adresse | Ort | Postfach | | | Heilmittel | Summe | | | | | | | <p>Heilmittelverordnung 13</p> <p><input type="checkbox"/> Typtherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Acustische Therapie</p> <p><input type="checkbox"/> Schimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Ergebnisprot.</p> <p><input type="checkbox"/> Erweit. Angehörige</p> |
| Kontaktdaten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | Vorname | Geburtsdatum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLZ | Strasse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arztname | Adresse | Ort | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Postfach | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Heilmittel | Summe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>HS des Leistungserbringers _____</p> <p><small>HS: Name des HNO-Arzt oder HNO-Physiotherapeuten</small></p> | <p>Verordnungsdatum _____</p> <p><small>Verordnungsdatum</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Original: DIN A5 hoch

2.13.8 Muster 13.2/E

| | | |
|--|--|---|
| <input type="text" value="Name des Behälter"/> | <input type="text" value="Gebietsnummer"/> | <input type="text" value="Anzahl Tiere"/> |
|--|--|---|

Empfangsabfertigung durch den Versicherungsnehmer
 Ich bestätige, die in Folgender beigefügten Behandlungen erhalten zu haben:

| Datum | Maßnahmen gemäß der Maßrichtlinie des A-Maßnahmenkatalog | Leistungsgeber/in | Anzahl Lebewesen/Behälter |
|-------|---|-------------------|---------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

Abrechnungsdaten des Holmittelerbringers
 Postn. (ggw. hinter):

K des Leistungsbringers: Betragsumme:

Einrichtungsbereich: Neu- / Ferkelposterium, dem Auf-
 Abweichung von der Frequenz

Abrechnung in: Gruppen- Einzel-
 Therapie

Rechnungsnummer:

Datum: Jahr:

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

Unbekannt bzw. Koscherliger

... ..

... ..

Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe

15

Der Anspruchsberechtigte hat schon Träger einer Gehörhilfe? ja nein

Falls ja, wozu entspricht das bisher getragene Gerät nicht mehr den Anforderungen?

Rechts

normal spärlich erweitert weit

nicht durchdringt durchdringt

Frequenz in kHz

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|------|-----|---|-----|---|---|---|---|---|---|----|
| 0,125 | 0,25 | 0,5 | 1 | 1,5 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 10 |
| Hörverlust in dB | | | | | | | | | | | |
| -10 | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | |
| 90 | | | | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | | | | |
| 110 | | | | | | | | | | | |

Ohrbefund

Gertigung normal spärlich erweitert weit

-TRIT-MEß-

WEBER bei 500 Hz

re. | inw. | li. |

Geräusch

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 0 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | |
| 90 | | | | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | | | | |
| 110 | | | | | | | | | | | |

Links

normal spärlich erweitert weit

nicht durchdringt durchdringt

Frequenz in kHz

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|------|-----|---|-----|---|---|---|---|---|---|----|
| 0,125 | 0,25 | 0,5 | 1 | 1,5 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 10 |
| Hörverlust in dB | | | | | | | | | | | |
| -10 | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | |
| 90 | | | | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | | | | |
| 110 | | | | | | | | | | | |

Unbehaglichkeitsschwelle bitte links und rechts eintragen.

Rechts

Verständlichkeit in %

| | | | | | |
|-----|----|----|----|----|-----|
| 5 | 20 | 40 | 60 | 80 | 100 |
| 5 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 35 | | | | | |
| 50 | | | | | |
| 65 | | | | | |
| 80 | | | | | |
| 95 | | | | | |
| 110 | | | | | |

D.A. nicht beschriftet in %

Impedanz

| Rechts | | Links | |
|----------------------------|-------|-------|-------|
| dB HL | dB SL | dB HL | dB SL |
| Sondenrohr MD-Druck mit HD | | | |
| Beapedius Reflex | | | |
| 0,5 kHz | | | |
| 1 kHz | | | |
| 2 kHz | | | |
| 3 kHz | | | |
| F. Sp. (Zehner) | | | |
| im Geh. (Zehner) | | | |

Links

Verständlichkeit in %

| | | | | | |
|-----|----|----|----|----|-----|
| 5 | 20 | 40 | 60 | 80 | 100 |
| 5 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 35 | | | | | |
| 50 | | | | | |
| 65 | | | | | |
| 80 | | | | | |
| 95 | | | | | |
| 110 | | | | | |

D.A. nicht beschriftet in %

Diagnose: _____

Hörhilfe notwendig: rechts links links/rechts

Tinnitusmaskerinstrument notwendig: rechts: _____ Hz / _____ dB links: _____ Hz / _____ dB

Die Schwerhörigkeit ist Folge von: Urtät. Unfälle/ger. Vorerkrankungen (Mittel)

Die eingezeichneten Anordnungen wurden schon in mind. 10 Fällen von der Behörde genehmigt.
© 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021
 BVA - BZG

Original: DIN A4 hoch

Vordruck-Vereinbarung Blankoformularbedruckung

Seite 63 von 152

01.10.2021

2.15.8 Muster 15.2/E

| <small>Name, Vorname der Versicherten</small> | <small>Kosten-Trägerbezeichnung</small> | <small>Wohnort der Versicherten</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---------------------------|---|--|---------------------------|---|--|---------------------------|----------|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|
| <p>Wichtiger Hinweis für den Versicherten <small>Die Krankenkasse ist grundsätzlich kostenfrei für Hörspracheräte und Lautsprecher für Taubstummensprachliche beim Gehörhilfeg.</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Kostenvoranschlag des Hörgerätaakustikers <small>(Hörmitteln über Lautsprecher (20 dB über 1 m Abstand ohne Hörgerät))</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <small>Art der Hörhilfe</small> | <small>Hersteller und Name des Herstellers</small> | <small>Vertragsnummer (DIN 43621)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <small>Bezeichnung des Herstellers</small> | <small>Modellbezeichnung des Herstellers (Modellname)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><small>Vergleich verschiedener Hörgeräte über Lautsprecher (86 dB bei 1 m Abstand)</small></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th><small>Vertragliche Preisobergrenze</small></th> <th><small>Vertragliche Preisuntergrenze</small></th> <th><small>Hersteller</small></th> <th><small>Vertragliche Preisobergrenze</small></th> <th><small>Vertragliche Preisuntergrenze</small></th> <th><small>Hersteller</small></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | <small>Vertragliche Preisobergrenze</small> | <small>Vertragliche Preisuntergrenze</small> | <small>Hersteller</small> | <small>Vertragliche Preisobergrenze</small> | <small>Vertragliche Preisuntergrenze</small> | <small>Hersteller</small> | A | | | | | | | B | | | | | | | C | | | | | | | D | | | | | | |
| | <small>Vertragliche Preisobergrenze</small> | <small>Vertragliche Preisuntergrenze</small> | <small>Hersteller</small> | <small>Vertragliche Preisobergrenze</small> | <small>Vertragliche Preisuntergrenze</small> | <small>Hersteller</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><small>Nach der durchgeführten Hörsprachprüfung schlage ich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit folgende Versorgung vor:</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <small>Gerät</small> | <small>Postnummer</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <small>Bezeichnung</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <small>Bezeichnung des Herstellers</small> | <small>Hersteller</small> | <small>Vertragliche Preisobergrenze</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <small>Ausgestelltem</small> | <small>Vertragliche Preisuntergrenze</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kostenvoranschlag für | Tinnitusmasker | Tinnitusinstrument | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <small>Gesamtpreis</small> | <small>EUR</small> | <small>EUR</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <small>Ausgestelltem</small> | <small>Vertragliche Preisobergrenze</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <small>Vertragliche Preisuntergrenze</small> | <small>Vertragliche Preisobergrenze</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Ärztliche Bescheinigung</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><small>Ich habe mich davon überzeugt, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird. Das vorgeschlagene Gerät ist zweckmäßig.</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><small>Ich habe mich davon überzeugt, dass die Tinnitusmasker das Tinnitusinstrument ausreichend zweckmäßig ist.</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <small>Ausgestelltem</small> | <small>Vertragliche Preisobergrenze</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Leistung der Krankenkasse</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><small>Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Hörhilfe. Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung.</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <small>Ausgestelltem</small> | <small>Vertragliche Preisobergrenze</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Empfangsbestätigung</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><small>Ich bestätige, dass die vorgeschlagene Hörhilfe erhalten ist.</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><small>Ich bestätige, dass die vorgeschlagene Tinnitusmasker erhalten ist.</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><small>Ich bestätige, dass die vorgeschlagene Tinnitusinstrument erhalten ist.</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Raum für Interne Vermerke der Krankenkasse</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><small>Bitte beachten: Die Krankenkasse ist nicht verpflichtet, die Kosten für die Hörhilfe zu übernehmen.</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><small>Stand: 01.10.2021 <small>15.2/E</small></small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

The image shows a technical drawing or form template, likely for a mechanical part. It features several distinct sections:

- Top Left:** A large rectangular area containing faint text, possibly a title or description.
- Top Right:** A table with multiple columns and rows, containing numerical data or dimensions.
- Middle:** A series of horizontal lines and small rectangular boxes, possibly representing a list of items or a sequence of steps.
- Bottom:** A larger rectangular area with a grid-like structure, possibly for a detailed drawing or a list of specifications.

The overall layout is organized and structured, typical of a technical drawing or a form used in engineering or manufacturing.

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

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag-Kontingenz Name: _____ Matrikelnummer: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ | | Notfall-/Vertretungsschein 19BF <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit Unterschrift: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____ | |
| Schunkel/Heupke aus Datenschutzgründen freibleibend | | aus Datenschutzgründen freibleibend | |
| Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufsunfällen und Schiffsunfällen | | _____ _____ | |

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 Blankoformularbedruckung“ 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

| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Kundenkarte des Kunden</p> <p>Name, Vorname, Nachname: _____</p> <p>geb. am: _____</p> <hr/> <p>Kontaktdaten</p> <p>Telefonnummer: _____</p> <p>E-Mail-Adresse: _____</p> </div> | <div style="text-align: right;"> <p>20</p> </div> <p>Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</p> <p>zu 100% ausübte Tätigkeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Stunden täglich _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--------------------|---|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <p>Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der/die g. Versicherte nach sachlicher Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach seiner/di ihrer Beurteilung empfiehlt sich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgendes Areal für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">vom</th> <th style="width: 25%;">bis</th> <th style="width: 30%;">Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)</th> <th style="width: 20%;">Stunden täglich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> | | vom | bis | Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) | Stunden täglich | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| vom | bis | Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) | Stunden täglich | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Für die Erstellung des frühlichen Wiedereingliederungsplans ist die Nr. 01022 ...AM berechnungsfähig</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <p>_____</p> <p><small>Versicherungswert / -wert für die Azubi</small></p> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Erklärung des Versicherten</p> <p>Mit dem angegebenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls mich/di mich gesundheitliche Engpässe ereignen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung ausgesetzt werden.</p> <p style="text-align: right;">Datum: _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: auto; margin-right: 0;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Unterschrift des Versicherten</p> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Erklärung des Arbeitgebers</p> <p>Mit dem angegebenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden:</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nur unter folgenden Voraussetzungen: _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitslohn gezahlt:</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nicht</p> <p style="text-align: right;">Datum: _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin-left: auto; margin-right: 0;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Unterschrift des Arbeitgebers</p> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Ausfertigung für den Arbeitgeber</p> <p style="font-size: x-small;">Für den Arbeitgeber ausfertigen und unterschreiben</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <p>_____</p> <p><small>00145 Stand 06/2019</small></p> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Original: DIN A4 hoch

2.20.9 Muster 20b/E

| <p>Anmelder (z.B. Name, Vorname): _____</p> <p>www.stm.bund.de/20b-e</p> <p style="text-align: right;">Muster 20b/E</p> | <p style="text-align: right;">20</p> <p>Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</p> <p>zuletzt ausgeübte Tätigkeit _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Stunden Täglich _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--------------------|-------|-------|-------|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--|-----|-----|---|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Arbeitsvertrag bis</td> <td style="width: 33%;">Arbeitsvertrag bis</td> <td style="width: 33%;">Datum</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Arbeitsvertrag bis</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> | Arbeitsvertrag bis | Arbeitsvertrag bis | Datum | _____ | _____ | _____ | Arbeitsvertrag bis | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <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> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">von</th> <th style="width: 20%;">bis</th> <th style="width: 40%;">Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)</th> <th style="width: 20%;">Stunden Täglich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> | von | bis | Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) | Stunden Täglich | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Arbeitsvertrag bis | Arbeitsvertrag bis | Datum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arbeitsvertrag bis | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| von | bis | Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) | Stunden Täglich | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01802 ERM beachtungsfähig</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Erklärung des Versicherten Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachher gesundheitliche Folgen eintreten kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Leistungsbeschränkungen 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-left: auto; margin-right: 0;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Hier unterschreiben</p> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Erklärung des Arbeitgebers Mit dem vorgeschlagenen 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: 30px; margin-left: auto; margin-right: 0;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Hier unterschreiben</p> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Auffertigung für die Krankenkasse</p> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">St. 01802 - 01.10.2021 - 01.10.2021 - 01.10.2021 - 01.10.2021</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Original: DIN A4 hoch

2.20.10 Muster 20c/E

| <p>Anmelder (z.B. Name, Vorname): _____</p> <p>www.stm.bund.de/20c/E</p> | <p>Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan) 20</p> <p>zuletzt ausgeübte Tätigkeit: _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--------------------|---|--------------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Arbeitsvertrag bis</td> <td style="width: 33%;">Arbeitsvertrag bis</td> <td style="width: 33%;">Datum</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Arbeitsvertrag bis</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> | Arbeitsvertrag bis | Arbeitsvertrag bis | Datum | _____ | _____ | _____ | Arbeitsvertrag bis | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Stunden Täglich</p> | | | | | | | | |
| Arbeitsvertrag bis | Arbeitsvertrag bis | Datum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arbeitsvertrag bis | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">vom</th> <th style="width: 20%;">bis</th> <th style="width: 40%;">Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)</th> <th style="width: 20%;">Stunden Täglich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> | | vom | bis | Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) | Stunden Täglich | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| vom | bis | Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) | Stunden Täglich | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01802 ERM beschränkungsfähig</p> | | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Stellen Sie hier ein Foto ein (max. 2 MB)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Erklärung des Versicherten Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachträglich gesundheitliche Folgen eintreten kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Leistungsbeschränkungen 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: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Unterschrift Versicherten</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Erklärung des Arbeitgebers Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nur unter folgenden Voraussetzungen: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Stellen Sie hier ein Foto ein (max. 2 MB)</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: center;">Datum: _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">Ausfertigung für den Versicherten</div> <p style="font-size: x-small;">St. 01802 - 01.10.2021 - 01.10.2021 - 01.10.2021 - 01.10.2021</p> | | <p style="font-size: x-small;">FR 112 10.10.2021 09:00</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Original: DIN A4 hoch

2.20.11 Muster 20d/E

| Anstellender (Name, Vorname) _____ www.versicherungsbank.de _____ | <h3 style="margin: 0;">Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</h3> <p style="margin: 0;">zuletzt ausgeübte Tätigkeit</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Stunden Täglich</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--------------------|---|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ab dem 1.1.20__ bis zum 31.12.20__ Ab dem 1.1.20__ bis zum 31.12.20__ Ab dem 1.1.20__ bis zum 31.12.20__ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%; text-align: center;">von</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">bis</th> <th style="width: 40%; text-align: center;">Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Stunden Täglich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> | | von | bis | Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) | Stunden Täglich | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| von | bis | Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen) | Stunden Täglich | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01802 FFM beachtungsfähig</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Personalnummer: 01802 FFM</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Erklärung des Versicherten Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachher gesundheitliche Folgen eintreten kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Leistungsbeschränkungen 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-left: auto; margin-right: auto;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Name des Versicherten: _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Erklärung des Arbeitgebers Mit dem vorgeschlagenen 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-left: auto; margin-right: auto;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Personalnummer: 01802 FFM</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-left: 0; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="font-size: small; margin: 0;">Ausfertigung für den Vertragsarzt</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">J. Busch - Berufsunfähigkeitsversicherungsamt</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

2.21.7 Muster 21/E

| | | | |
|--|--|--|--|
| Arztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes | | | 21 Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes Das genannte Kind leidet an einer von _____ bescheinigten gesundheitlichen Erkrankung oder Pflege wegen Krankheit |
| Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ | Name des Versicherten: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ | Name des Versicherten: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ | Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Rückkehrfähigkeit nachteilig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Antrag des Versicherten für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes Name des Versicherten: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Beruf: _____ Wohnort: _____ So. Zeichen: _____ | | | Ich bestätige die in der Bescheinigung vorgenommene Festlegung der Pflege des erkrankten Kindes als Arbeit Pflege. Ich bin bei und gegen meine Arbeitsstelle während der Erkrankung zur Arbeit <input type="checkbox"/> keine Angabe zur Weiterbeschäftigungsmöglichkeit <input type="checkbox"/> Ausschluss der Weiterbeschäftigung in _____ Ich bin Arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich bestätige meine Verantwortung für die gesundheitliche Rückmeldung, Betreuung und Pflege des erkrankten Kindes. Die Erkrankung, Krankengeldanspruch und die Art der Erkrankung des Kindes, das Krankengeld wurde in dieser Bescheinigung bescheinigt. <input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____ Datum: _____ |
| Unterschrift des Versicherten: _____ Datum: _____ | | | Unterschrift des Arztes: _____ Datum: _____ |

Original: DIN A5 hoch

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

2.22.8 Muster 22a/E

| | |
|---|--|
| <p>Konsequenzen: ...</p> <hr/> <p>Beschreibung des Falls:</p> <p style="text-align: right;">Name: _____</p> <p>Veranlassung: _____</p> <p>Verantwortl.: _____</p> <p>Stelle: _____</p> <p>Beziehungsst.:</p> <p style="text-align: right;">Mutter: _____</p> <p style="text-align: right;">Vater: _____</p> <p style="text-align: right;">Eltern: _____</p> | <p style="text-align: right;">Konsiliarbericht 22</p> <p>vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</p> <p>Auf Veranlassung von: _____</p> <p>Name des Berichtigen: _____</p> <p style="text-align: right;">Aktuelle Diagnose:</p> |
|---|--|

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:
 Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestiche Daten in Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden (medizinische Diagnosen, Differential- und Verlaufsdiagnosen, schwere Vor- und Park. erkrankungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation) ggf. Behandl., die eine ärzt. oder ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machte:

Psych. atische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Aufklärung ist erforderlich nicht erforderlich erfolgt verlässt

ist ärzt. oder ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

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

A. zliche Mitbehandlung ist erforderlich
 Art der Maßnahme: _____

Gutachten

Die oben beschriebene Maßnahme ist für die GIB > TFW notwendig

Die oben beschriebene Maßnahme ist für die GIB > TFW nicht notwendig

Austerlegung für den Therapeuten

KONTROLLE
 NAME: _____

Original: DIN A4 hoch

2.22.9 Muster 22b/E

Aus Datenschutzgründen freibleibend

Konsiliarbericht

vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische
Psychotherapeuten und Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeuten

Auf Veranlassung von: _____

Name des Klienten: _____

Chiffre _____ des Patienten

Anzahl der Blätter: _____

22

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:
 Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestiche Daten in Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden (medizinische Diagnosen, Differential- und Verlaufsdiagnosen, schwere Vor- und Krankheitsbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation) ggf. Behandl., die eine ärztlich/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen.

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erforderlich nicht erforderlich erfolgt verlässt

Sind ärztlich/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

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

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
 Art der Maßnahme: _____

Gutachter

Ich übernehme die Verantwortung für die Richtigkeit der Angaben

 (Austertigung für den Gutachter)

Kontext: _____
 Datum: _____

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 / Name der Behörde: _____ | Versicherungsnummer: _____ | Praxiskennzeichen: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|---|------------|---------|---------|----------|--|--|--|----------|--|--|--|----------|--|--|--|
| Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diese Vorsorgeleistung ist in der Behandlung seit: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Risikofaktoren/Gestörte Regulationen/individuelle Besonderheiten, Herdverlesien <input type="checkbox"/> akute Infektion <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Ständige Infektionen <input type="checkbox"/> weitere Besonderheiten (ggf. auch Risikofaktoren/individuelle Besonderheiten): _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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: 10%;">Ursache</th> <th style="width: 20%;">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=Ursache; 2=Beitrag; 3=Beschuldigung nach dem BvG Verlauf: 1=chronisch rezidivierend; 2=chronisch progredient; 3=konstitutionell/umweltbedingte/gelegentlich rezidivierende episodische Erkrankungen Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund: _____ Datum der letzten Untersuchung: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EEG, Labor) / Untersuchungsverfahren (z.B. Labor, Krankheitsauslöschungstest) <input type="checkbox"/> können bei Bedarf durch MD angefordert werden <input type="checkbox"/> liegen nicht vor | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ungedecktes Versorgungsd (z.B. Schmerzbehandlung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung): _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Welche Behandlungen, Maßnahmen/Fähigkeiten in den letzten 12 Monaten durchgeführt? <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Verhaltenstraining <input type="checkbox"/> Ständige/teilweise Inanspruchnahme | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde! 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, Allergiefreigebiet)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kompakter 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. 016023 EBM berechnungsfähig Hinweis: Die Formulare sind ausschließlich für die Nutzung im ambulanten Bereich und nicht für die Nutzung im stationären Bereich vorgesehen. _____ Datum: _____ Unterschrift: _____ _____ Platz für Unterschrift | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|--|--|----------------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| <p>Krankenkasse: <input type="text"/></p> <hr/> <p>Leistungsnummer des Versicherten: <input type="text"/></p> <hr/> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Krankheitsart</td> <td style="width: 33%;">Krankheitsform</td> <td style="width: 33%;">Risiko</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"><input type="text"/></td> <td style="height: 20px;"><input type="text"/></td> <td style="height: 20px;"><input type="text"/></td> </tr> </table> | Krankheitsart | Krankheitsform | Risiko | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <p>Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V</p> <p style="text-align: right;">26</p> <p>Diagnose (ICD-10-Code) Schweregrad (IL-SAPSKRUM) Erkrankung Leber/Leist/evtl. alle bekannt</p> |
| Krankheitsart | Krankheitsform | Risiko | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| <p>Ausweis-Ausprägung der Fertigkeitserkennungen</p> | | | | | | | |
| <p>Zur Wahl bei Patienten mit dem Bereich F20 bis F29 gemäß § 2 Abs. 3 mit Stichtag und GANr. 10</p> <p>Ausweis-Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Diagnosen</p> | | | | | | | |
| <p>Angaben des Versicherten</p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>PLZ: <input type="text"/> Ort: <input type="text"/></p> <p>Telefonnummer: <input type="text"/></p> <p>Wohnort > 10 km entfernt in dieser Gemarkung, Teilort/Weiler/Endort: <input type="text"/></p> | <p>Angaben des nächsten Angehörigen</p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>PLZ: <input type="text"/> Ort: <input type="text"/></p> <p>Telefonnummer: <input type="text"/></p> | | | | | | |
| <p>Angaben zum Betreuer</p> <p>Wäre ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wäre es in andere Angelegenheiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Telefonnummer: <input type="text"/></p> | | | | | | | |
| <p>Vorgeschätzte Anzahl der Therapiesitzungen</p> <p>Vorgeschätzte Dauer der Therapie</p> <p>Prognose</p> | <p>Deutliche Anzahl der Therapieeinheiten</p> <p>Bereich durchgeführte Leistungen</p> | | | | | | |
| <p>Krankheitsausprägung <input type="checkbox"/> wird vermindert <input type="checkbox"/> wird vergrößert <input type="checkbox"/> scheint ausheilbar</p> <p>Begründung: <input type="text"/></p> | | | | | | | |
| <p>Die auszuübende berufliche Tätigkeit ist beschränkt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | | | | | | | |
| <p>Für das Ausstellen der Erstverordnung ist die Nr. 100110 BEM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der Folgeverordnung ist die Nr. 30511 BEM berechnungsfähig.</p> <p>Diese Ausfertigung ist zusammen mit dem sozialrechtlichen Bescheid an die Krankenkasse zu legen.</p> <p>Ausfertigung für die Krankenkasse</p> <p>Ort: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> | | | | | | | |

Original: DIN A4 hoch

2.26.7 Muster 26c/E

| | | | |
|--|--|---|-----------|
| Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V | | | 26 |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>Kostenfrei <input type="checkbox"/> Anteilnehmer <input type="checkbox"/> Stufe _____</p> <p>Bezugsberechtigter <input type="checkbox"/> Anteil _____ Stufe _____</p> </div> <div style="width: 55%;"> <p>Diagnose (ICD-10-GM) _____</p> <p>Schweregrad (I, SA-1/SA-2/SA-3) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit/für bekannt _____</p> </div> </div> | | | |
| <p>Zusätzlich bei Eintragung zur den Bereich § 37a SGB V im Regelbereich SGB § 40</p> <p>Zusätzliche Ausprägung der Folgeerkrankungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | |
| <p>Zusätzliche Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Erkrankungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | |
| <p>Angaben des Versicherten</p> <p>Name _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnort (B, D, Österreich, Schweiz, Liechtenstein, Ausland) _____</p> | | <p>Angaben des nächsten Angehörigen</p> <p>Name _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> | |
| <p>Angaben zum Betreuer</p> <p>Wäre ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja für welche Angelegenheiten? _____</p> | | <p>Name _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> | |
| <p>Vorgeschulzte Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Vorgeschulzte Dauer der Therapie _____</p> <p>Prognose _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | <p>Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Wann durchgehende Leistungen _____</p> | |
| <p>Krankheitsbehandlung <input type="checkbox"/> wird verändert <input type="checkbox"/> wird nicht verändert <input type="checkbox"/> ist nicht ausmachbar</p> <p>Degeneration _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | |
| <p>Baranforderungswünsche (Betreuer/Angehörige): Ist hilfreich?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht beantwortbar</p> | | | |
| <p>Hier das Aussehen der Ausführung, siehe Nr. 30810-HEM bei den Leistungsgruppen Für das Aussehen der Ausführung siehe Nr. 30611-EDM bei den Leistungsgruppen</p> | | | |
| <p>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</p> <p>_____</p> | | <p>Datum _____</p> <p>_____</p> | |
| <p><small>Verordnungsbefugnisse sind durch den Bundesrat, die Landesregierungen und die Träger der Sozialversicherung festzusetzen.</small></p> | | <p><small>Verordnungsbefugnisse sind durch den Bundesrat, die Landesregierungen und die Träger der Sozialversicherung festzusetzen.</small></p> | |

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.

2.28 Muster 28/E: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten

(Stand: 10.2017)

2.28.1 Für die Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie sind die Muster 28a/E, 28b/E und 28c/E gemäß der in Kapitel 2.28.5 bis 2.28.7 abgebildeten Form zu verwenden.

2.28.2 Die Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie besteht aus drei Formularen:

Muster 28a/E: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 28b/E: Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer

Muster 28c/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt

2.28.3 Die Muster 28a/E bis 28c/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format hoch zu erstellen.

2.28.4 Die Muster 28a/E bis 28c/E werden mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

| | | |
|------|--------------|-----------|
| 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 Blankoformular-bedruckung“
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

| | | | |
|--|-------------------|-------------|--|
| Klinische/radiologische Befunde (Bitte Name und Datum eintragen) (Klin. Bef.) | | | Empfehlung 36 zum Teilhabebezogenem Primär- präventiv gem. § 20 Abs. 5 SGB V |
| Kniegelenk links | Kniegelenk rechts | Hüfte links | |
| Kniegelenk links | Kniegelenk rechts | Hüfte links | <input type="checkbox"/> Bewegungsgewehr <input type="checkbox"/> Einsteifung <input type="checkbox"/> Stütze/Anlagenstuhl <input type="checkbox"/> Medial/lat. Komplex Sonstiges: _____ |
| Bitte vorbereiten: Skizze bei einer Kniegelenks- & bei der gestrichelten und ungestrichelten Kniegelenksaufnahme und die Funktionsverluste angeben. Hinweis zum beizubehaltenden Status (z.B. Kontraindikationen, Kontraindikation zur Muskelrehabilitation) | | | (Bitte hier Skizzen einzeichnen) |
| _____ _____ _____ | | | |
| (Dieses Formular ist ein Hilfsmittel zur Dokumentation der Untersuchung und ist nicht für die Dokumentation der Untersuchung zu verwenden.) | | | (Bitte hier Skizzen einzeichnen) |

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

Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom

Auftragsnummer des Labors 39

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten (gült. am)

Kostenübernahme: Versicherten-Nr. Status

Beraterkassen-Nr. Arzt-Nr. Datum

Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum _____

Endozervikale Zellen
 vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Döderleinflora | <input type="checkbox"/> Mischflora | <input type="checkbox"/> Kokkenflora |
| <input type="checkbox"/> Trichomonaden | <input type="checkbox"/> Candida | <input type="checkbox"/> Gardnerella |

Gruppe _____

HPV-HR-Testergebnis
 positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?
 ja nein nicht differenzierbar

negativ

nicht verwertbar

Bemerkungen

Zusammenfassende Empfehlung

zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

HPV-Test

Ko-Test

Abklärungskolposkopie

Zeitraum
 in _____ Monaten

sofort

Verabgabestempel / Unterschrift des Zytologen tätigen Arztes

Alterskategorie
 20-29 Jahre 30-34 Jahre ab 35 Jahre

Auftrag
(Bitte beachten Sie die Anmerkungen für verschiedene Befragungsszenarien)
 Primär-screening Abklärungsdiagnostik Ko-Testung (Zyt.+HPV)
 Zytologie HPV-Test

Anamnese
 Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?
 nein ja, zuletzt _____

Gruppe _____

HPV-Impfung vollständig unvollständig keine unklar

HPV-HR-Testergebnis liegt nicht vor liegt vor
 positiv negativ nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales
 nein ja Welche? _____ Wann? _____

Jetzt:
 Letzte Periode _____ nein ja

Gravidität nein ja

Ausfluss / pathologische Blutung nein ja

IUP nein ja

Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung
(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern) nein ja

Klinischer Befund unauffällig auffällig

Erläuterungen ggf. gyn. Befunde (MVA, Vagina, Portio; Diagnosen; sonstige Anmerkungen)

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Verabgabestempel / Unterschrift des Arztes

DDF-Nr. Muster 39a/E (1.2017)

Original: DIN A4 hoch

2.39.8 Muster 39b/E

Kombinationsform: Krebserkennung

Name, Vorname des Versicherten (ggf. an)

Kostenübernahme: Versicherten-Nr. Status

Samstagsnummer, Nr. Art-Nr. Datum

Alterskategorie

20-29 Jahre 30-34 Jahre ab 35 Jahre

Auftrag
(Bitte beachten Sie die Ausführlinien für verschiedene Befragungszonen!)

Primär-screening Abklärungsdiagnostik

Zytologie HPV-Test Ko-Testung (Zyt. + HPV)

Anamnese
Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt _____

Gruppe _____

HPV-Impfung HPV-HR-Testergebnis

vollständig liegt nicht vor

unvollständig liegt vor

keine positiv

unklar negativ

nicht verwertbar

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein ja Welche? _____

Wann? _____

Jetzt:
Letzte Periode _____

Gravidität nein ja

Ausfluss / pathologische Blutung nein ja

IUP nein ja

Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung (ggf. bitte in Anmerkungen erläutern) nein ja

Klinischer Befund unauffällig auffällig

Erläuterungen (ggf. gyn. Befunde (Uterus, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen)

Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt

Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom 39

Auftragsnummer des Labors

Zytologischer Befund / Kombinationsbefund

Eingangsdatum _____

Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

Döderleinflora Mischflora Kokkenflora

Trichomonaden Candida Gardnerella

Gruppe _____

HPV-HR-Testergebnis

positiv, wann ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?

ja nein nicht differenzierbar

negativ

nicht verwertbar

Bemerkungen

Zusammenfassende Empfehlung

zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

HPV-Test

Ko-Test

Abklärungskolposkopie

Zeitraum

in _____ Monaten

sofort

Vertregerstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Vertregerstempel / Unterschrift des Arztes

DEENL
Muster 39b/E (1.2021)

Original: DIN A4 hoch

| | | |
|------|--------------|-----------|
| 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: 1.2015)

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

| | | | |
|---|--|--|----------------|
| <p style="font-size: small; margin: 0;">Name des Vertragsarztes: _____</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">Kassennummer: _____</p> | | | |
| <p>Vom Vertragsarzt auszufüllen!</p> | | | |
| <p>Wurde der Name und das Geburtsdatum von uns richtig weitergegeben?</p> | <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | | |
| <p>Wenn nein, bitte anhängen Name und Vornamen des Versicherten</p> | <p>Geburtsdatum</p> <p>_____</p> | | |
| <p>Hat ein Behandlungsausweis zum Zeitpunkt der Demandierung vorgelegen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | | | |
| <p>Name der Krankenkasse</p> <p>_____</p> | | | |
| <p>Bei Kassenumfeld Name der neuen Krankenkasse</p> <p>_____</p> | | | |
| <p>Wenn nur bei Angabe einer neuen Krankenkasse ausfüllen!</p> | | | |
| <p>Behandlungstag</p> | <p>CCM-Nr.</p> | <p>Behandlungstag</p> | <p>CCM-Nr.</p> |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | <p>_____</p> | |
| | | <p>Ausstellungsdatum</p> <p>_____</p> | |
| | | <p>Vertragshilfsnummer (Anschlußnummer)</p> <p>_____</p> | |
| <p>Bitte beachten: Die Angaben sind verbindlich und müssen mit den Angaben im Vertrag übereinstimmen. Ein Datum aus dem Jahr 2010 ist nicht zulässig.</p> | | | |
| | | <p>401 967119 Vordruck 50.2/E</p> | |

Original: DIN A4 hoch

- 2.51 **Muster 51/E: Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers**
(Stand: 1.2015)
- 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 des Versicherten | Krankenkasse | | |
| Vom Vertragsarzt auszufüllen | | | |
| zu 1. Angaben bei Arbeitsunfall / sonstigem Unfall / Drittschädigung | | | |
| Wurde der Unfall wegen des Unfalls oder der Nebenung verursacht? | | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> an einem anderen Arzt <input type="checkbox"/> von einem anderen Arzt | | | |
| Name des Arztes | Arztamt | | |
| Wurde von Ihnen festgestellt, H. Arzneimittel, Hilfsmittel, Krankheits- oder Leiden, die U. (Arzt) verursacht sind? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Wenn ja, welche? (Bitte genaue Beschreibung) | | | |
| Dauert die Behandlung noch an? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Ist mit Spätfolgen zu rechnen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch nicht abschätzbar | | | |
| Bitte in jedem Fall ausfüllen! | | | |
| Behandlungstag | CCM-Nr. | Behandlungstag | CCM-Nr. |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| zu 2. Angaben zum ursächlichen Zusammenhang mit dem Versorgungseiden | | | |
| Sind die (die) Beschönigung / Wundheilung ja. Verdacht auf maßgebliche Diagnose im ursächlichen Zusammenhang mit dem anderen von Versorgungseiden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zweifelhaft | | | |
| Nur bei Arbeitsunfall / Krankheitserkrankung! | | | |
| Die Arbeits-/Krankheitsbeschäftigung / -ankunft ist selbstverursacht | | | |
| <input type="checkbox"/> ausschließlich / überwiegend wegen der arbeits-/krankheitsbeschäftigung / -ankunft | | | |
| <input type="checkbox"/> überwiegend wegen anderer Leiden vom _____ ss _____ | | | |
| Bitte in jedem Fall ausfüllen! | | | |
| Behandlungstag | CCM-Nr. | | |
| _____ | _____ | | |
| _____ | _____ | | |
| _____ | _____ | | |
| _____ | _____ | | |
| _____ | _____ | | |
| _____ | _____ | | |
| _____ | _____ | | |
| _____ | _____ | | |
| | | Ärztliche Unterschrift | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> |
| | | _____ | <small>Vertragsgeldempfänger / Unrechtsanspruch</small> <small>407 967119</small> <small>1000 01, 01.10.2021</small> |
| <small>Einzel-Formular für die Krankenkasse, nicht für den Arzt zu verwenden! Einzel-Formular für die Krankenkasse, nicht für den Arzt zu verwenden!</small> | | | |

Original: DIN A4 hoch

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

(Stand: 1.2016)

- 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

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|
| <p>Krankenkasse: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit</p> | <p>52</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">ICD-10-Code</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | | | ICD-10-Code | ICD-10-Code | ICD-10-Code | ICD-10-Code | ICD-10-Code | ICD-10-Code | | | | | | |
| ICD-10-Code | ICD-10-Code | ICD-10-Code | ICD-10-Code | ICD-10-Code | ICD-10-Code | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. Welche Tätigkeiten sind der Versicherte bei zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus? (Bei Doppel- und Arbeitslosigkeit ABS 2.2 bezeichnen.)</p> <p>2.1 <input type="checkbox"/> arbeitsfähig als _____</p> <p>2.2 <input type="checkbox"/> Der Versicherte hat Befähigung von Arbeitslosigkeit und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für _____ Stunden pro Woche der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt. Kann der Empfänger von Arbeitslosigkeit in diesem Umfang seine Tätigkeiten ausüben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3. Ist der Behauptungsfall einerseits nicht arbeitsfähig aus? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab _____</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit (eukkerentri Diagnose) vorgeschrieben? konkret (zeitlich wann und wo) _____ spezifisch (wann und wo) _____</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>5. Welche behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung): (Was Angabe der nur ambulanten, wenn nicht nur der Behälterbereich einschließen)</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>6. Welche weiteren Maßnahmen sind angelegt?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> keine</td> <td><input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Arbeitsbeschaffung (z.B. zur Vermeidung von Schnittstellen) (ev. mehrf. Arbeitsweise)</td> <td><input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Behandlung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung (ev. mehrf. Arbeitsweise)</td> <td><input type="checkbox"/> Leistung in Teilform am Arbeitsplatz</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Suchttherapie, Einweisungsbegleitung, Rückenschule) _____</td> <td></td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Arbeitsbeschaffung (z.B. zur Vermeidung von Schnittstellen) (ev. mehrf. Arbeitsweise) | <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Behandlung | <input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung (ev. mehrf. Arbeitsweise) | <input type="checkbox"/> Leistung in Teilform am Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Suchttherapie, Einweisungsbegleitung, Rückenschule) _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Arbeitsbeschaffung (z.B. zur Vermeidung von Schnittstellen) (ev. mehrf. Arbeitsweise) | <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Behandlung | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung (ev. mehrf. Arbeitsweise) | <input type="checkbox"/> Leistung in Teilform am Arbeitsplatz | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Suchttherapie, Einweisungsbegleitung, Rückenschule) _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>7. Ob/wann bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit sind a) Probleme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja folgende _____</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>8. besteht oder droht eine Erwerbsminderung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>9. Sonstige Bemerkungen zum Gesundheitszustand</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Für das A. Bestellen dieses Blattes bitte Nr. 01822 – 6M anrechnungslos</p> <p>Dieser Formularblock enthält Informationen über die Arbeitsunfähigkeit bei Berufsunfähigkeit. Für weitere Informationen wenden Sie sich an die Krankenkasse.</p> | | <p>Datum _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | | |

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

Krankheitszeugnis

Von der Krankenkasse auszufüllen!

I. Arbeitsunfähigkeit von _____ bis _____ wegen _____

II. Weiterer Zustand Arbeitsunfähigkeit entgegen _____ von _____ bis _____ Behandlung der Art _____

| | | |
|---|--|--|
| 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 unter I angegebenen versicherungsrechtlichen Erklärungen?

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

III. Eine während der unter I genannten Arbeitsunfähigkeit während der Krankheit einzugetreter?

nein ja und zwar _____ am _____

Von der Arbeitsunfähigkeit ist nur nach vorstehenden hinzugefügten Krankheiten anzusetzen?

nein ja und zwar _____ ab _____

Handelt es sich bei der hinzugefügten Krankheit und einer der unter II genannten früheren Erkrankungen um dieselbe Krankheit im Sinne der unter I angegebenen versicherungsrechtlichen Erklärungen?

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

Hinzufügende Bemerkungen:

*) Wechselseitige gesetzliche Bestimmungen
Der Vertragsarzt ist verpflichtet, soweit nicht ein vom Arzt mitgeteiltes Datum angegeben ist, die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende des Monats zu stellen, in dem die Arbeitsunfähigkeit beginnt, und für die nächsten Monate bis zum Ende des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit endet, zu verlängern. Die letzten Zusatzenachfragen können dem Krankheitszeugnis beigegeben werden. Einmalige Nachfragen sind jedoch nicht zulässig. Die Bescheinigung ist für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit gültig.

Ausschlussdatum _____
Vertragsgültigkeit/Unterschrift des Arztes _____

Vertragsgültigkeit/Unterschrift des Vertragsarztes _____
*) Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit

407/5071/2
Muster 53.2/E (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

2.55.7 Muster 55/E

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------|--|--------------------------------|--|--|--------------|------------|-------------|---------------------------|-------------------|-------------|--|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Versichertennummer</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Geburtsdatum</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Geburtsort</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Geburtsland</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Geburtsort (Postleitzahl)</td> <td style="padding: 2px;">Geburtsort (Name)</td> <td style="padding: 2px;">Geburtsland</td> </tr> </table> <p style="margin-top: 5px;">behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10) <small>KM101-1036 10101-1036 KM101-1036</small></p> <hr/> <p>Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Ende der Dauerbehandlung setzt nicht ansetzbar</p> <p><input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich bis</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <hr/> <p><small>Die Vergütung für das Anstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.</small></p> | Krankenkasse bzw. Versichertennummer | | | Name, Vorname des Versicherten | | | Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsland | Geburtsort (Postleitzahl) | Geburtsort (Name) | Geburtsland | <p style="font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Bescheinigung einer 55 schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V</p> <p style="margin-top: 10px;">Seit _____ (mindestens 4 Quartale zurückgehend) ist der Versicherte wegen derselben Erkrankung in Dauerbehandlung.</p> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em; margin-top: 20px;">Vollsperrzeichen für Haken im Textfeld</p> |
| Krankenkasse bzw. Versichertennummer | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsland | | | | | | | | | | | |
| Geburtsort (Postleitzahl) | Geburtsort (Name) | Geburtsland | | | | | | | | | | | |
| <p>Gegebenenfalls vom Versicherten auszufüllen</p> <p><i>Wird der Antrag auf Zahlungsbefreiung für den unseitig genannten Versicherten gestellt, sind KEINE weiteren Angaben erforderlich. Dies gilt auch, wenn der Antrag durch den Betreuer für den Versicherten gestellt wird.</i></p> <p><i>In allen anderen Fällen (z. B. gemeinsamer Antrag über den Ehegatten) werden die nachfolgenden Angaben benötigt. Ohne diese Angaben kann die Bescheinigung nicht korrekt zugeordnet werden.</i></p> <p><i>Die Bescheinigung ist bei der Krankenkasse einzureichen, bei der der Antrag auf Zahlungsbefreiung gestellt wird/wurde.</i></p> <p>Angaben zum antragstellenden Versicherten</p> <p>Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____</p> <p>Krankenkasse _____</p> <p>Krankenversicherungsnummer _____</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p><small>Dieses Formular wird inoffiziell weiterverwendet in der Anzahl von 500000 Der Bundesverband hat keine Verantwortung für den Inhalt übernommen.</small></p> <p style="text-align: right;"><small>4 75 14 11 10 Muster SGB V 0,2016</small></p> | | | | | | | | | | | | | |

Original: DIN A5 hoch

2.56 Muster 56/E: Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining

(Stand: 7.2018)

- 2.56.1 Für den Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/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 Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformular-bedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.56.5 unbesetzt

2.56.6 Muster 56.1/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>Kodierkennung</td> <td>Versicherungs-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Berufsklassen-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> | Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | Name, Vorname des Versicherten | | | geb. am | | | Kodierkennung | Versicherungs-Nr. | Status | Berufsklassen-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | <h3 style="margin: 0;">Antrag auf Kostenübernahme</h3> <p style="margin: 0;">56</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <input type="checkbox"/> für Rehabilitationssport </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <input type="checkbox"/> für Funktionstraining </div> <p style="font-size: small; margin: 0;">Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.</p> | | | | | | | | | | |
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| geb. am | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kodierkennung | Versicherungs-Nr. | Status | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Berufsklassen-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Ziel des Rehabilitationssports/ Funktionstrainings</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Empfohlene Rehabilitationssportart</p> <p><input type="checkbox"/> Gymnastik (auch im Wasser) <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Leichtathletik</p> <p><input type="checkbox"/> Bewegungsspiele <input type="checkbox"/> Sonstige _____</p> <p><input type="checkbox"/> Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich</p> <p>Rehabilitationssport ist notwendig für</p> <p><input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)</p> <p><input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei</p> <table style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asthma bronchiale</td> <td><input type="checkbox"/> Morbus Parkinson</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben</td> <td><input type="checkbox"/> Mukoviszidose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)</td> <td><input type="checkbox"/> Multipler Sklerose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doppelamputation</td> <td><input type="checkbox"/> Muskeldystrophie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent</td> <td><input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Glasknochen</td> <td><input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese</td> <td><input type="checkbox"/> Polyneuropathie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom</td> <td><input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Morbus Bechterew</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen</p> <p>_____ Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten</p> <p style="font-size: x-small;">Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.</p> </div> | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson | <input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose | <input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) | <input type="checkbox"/> Multipler Sklerose | <input type="checkbox"/> Doppelamputation | <input type="checkbox"/> Muskeldystrophie | <input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal | <input type="checkbox"/> Glasknochen | <input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung | <input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie | <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom | <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Empfohlene Funktionstrainingsarten</p> <p><input type="checkbox"/> Trockengymnastik</p> <p><input type="checkbox"/> Wassergymnastik</p> <p>Funktionstraining ist notwendig für</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Monate (Richtwert)</p> <p><input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität</p> <table style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Synndrome</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kollagenosen</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Morbus Bechterew</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Osteoporose</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis</td></tr> </table> </div> | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Synndrome | <input type="checkbox"/> Kollagenosen | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer | <input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) | <input type="checkbox"/> Multipler Sklerose | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Doppelamputation | <input type="checkbox"/> Muskeldystrophie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Glasknochen | <input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom | <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Synndrome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kollagenosen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert) </div> </div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Der Bspzelle enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. IMP J/II, Muster 56.1/E (7.2018)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Original: DIN A4 hoch

2.56.7 Muster 56.2/E

| | | |
|--------------------------------|-----------------|------------------|
| Name, Vorname des Versicherten | Kostenübernahme | Versicherter-Nr. |
|--------------------------------|-----------------|------------------|

Rehabilitationssport in Herzgruppen ist notwendig für

90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) als Erstversorgung

45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei weiterer Verordnung nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) bei Kinderherzgruppen

_____ Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

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

45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining

1 mal 2 mal

3 mal, Begründung _____

Datum _____

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum _____

Vertragszeichen / 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

| | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Rehabilitationssports gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 64 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX für</p> <p><input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten / 18 Monate</p> <p><input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 36 Monate</p> <p>_____ Übungseinheiten</p> <p><input type="checkbox"/> 90 Übungseinheiten / 24 Monate (Herzgruppen)</p> <p><input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)</p> <p><input type="checkbox"/> 45 Übungseinheiten / 12 Monate (Herzgruppen)</p> | <p><input type="checkbox"/> Funktionstrainings gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 64 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX</p> <p>Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen</p> <p><input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal</p> <p>für die Dauer von</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Monaten</p> <p><input type="checkbox"/> 24 Monaten</p> <p>_____ Monaten</p> |
|--|---|

für den Zeitraum vom _____ längstens bis _____ 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

PWV Nr. Muster 56.2/E (7.2018)

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 D: Verordnung von medizinischer Rehabilitation

(Stand: 4.2020)

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 Db/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A4 hoch zu erstellen.

2.61.8 Die Muster 61Ab/E und 61Da/E werden mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.61.9 Muster 61 Teil Aa/E

| | | | |
|--------------------------------|------------------|--------|--|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | 61 Teil A |
| Name, Vorname des Versicherten | | | Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers |
| (Geb. am) | | | <p>Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse</p> <p>Bei einer notwendigen Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt, nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Absenken von, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Fäter), Bei einer erhöhten Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegenüber, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Es handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufsunfähigkeit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben. Der Zuständigkeit der Krankenkasse dürfte NICHT Muster 61 Teil Aa/E ausfüllen.</p> |
| Krankenträgerkennung | Versicherungstyp | Gebiet | |
| IMR-NUMMERNR. | AZRNR. | LISNR. | |
| | | | |

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

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

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

1 = Arbeitsunfall/einzel. Wegunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Berufsunfähigkeit durch Erwerb. Unfall (z. B. Arbeitsunfall)
 4 = Folge von Krieges-, Zivil- oder Mobilmobil
 5 = Medizinisch bedingte Erkrankung (z. B. ISG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D 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 Versorgung in anerkannten Kurorten) ist **angezeigt**.

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D 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 _____

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Muster 61 Teil B-D)

Sonstiges _____

Original-Einstreichzettel der Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht liegenden Daten. F 61 MB
Muster 61 Teil Aa/E/D 2020

Original: DIN A4 hoch

| | | | |
|--------------------------------|------------------|--------|---|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | 61 Teil A |
| Name, Name(n) des Versicherten | | | Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers |
| (Geb. am) | | | <p>Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse</p> <p>Bei einer notwendigen Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt, nicht nur vorübergehende Überforderungen der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Absenken von, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Fäter), ist eine erhebliche Schädigung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Es handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufsunfähigkeit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.</p> <p>Der Zuständigkeit der Krankenkasse dürfte NICHT Muster 61 Teil A-D ausfüllen.</p> |
| Krankenträgerkennung | Versicherungstyp | Gebiet | |
| IMR-NUMMERNR. | AZNR. | LIDNR. | |
| | | | |

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

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

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

1 = Arbeitsunfall/einzel. Wegunfall

2 = Berufskrankheit

3 = Berufsunfähigkeit durch Erwerb. Unfall (z. B. Arbeitsunfall)

4 = Folge von Krieges-, Zivil- oder Meeresdienst

5 = Medizinisch bedingte Erkrankung (z. B. ISG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D 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 Arbeitsrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Versorgung in anerkannten Kurorten) ist **angezeigt**.

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D 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 _____

Vertragstextbeispiel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Muster 61 Teil B)

Sonstiges _____

Original-Einstreichzettel der Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht liegenden Daten. F 61 MB
Muster 61 Teil A (Ab/E) 02/2020

2.61.11 Muster 61 Teil Ba/E

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|------|--|-----------------------------|--|--|---------------|--------------|------|-----------|--------|------|--|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">KENNZEICHEN DER KLINIK</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Name, Vorname, Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Krankennummer</td> <td style="width: 33%;">Kliniknummer</td> <td style="width: 33%;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Abteilung</td> <td style="text-align: center;">Klinik</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table> | KENNZEICHEN DER KLINIK | | | Name, Vorname, Geburtsdatum | | | Krankennummer | Kliniknummer | Jahr | Abteilung | Klinik | Jahr | <div style="text-align: right; font-weight: bold;">61 Teil B</div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung von medizinischer Rehabilitation</h3> <p style="text-align: center;">Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend</p> <p><input type="checkbox"/> Es handelt sich wieder um eine Minderung / erhebliche Verschlechterung der Erwerbstätigkeit nach um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Verkehrsunfall</p> <p>Bei gleichzeitiger Zuständigkeit (z. B. Richter, Bundesrat, zuständiger Rehabilitation (R) -Ausschuss)</p> <p><input type="checkbox"/> Versichert erwünscht eine medizinische Rehabilitation zu werden mit GRV</p> |
| KENNZEICHEN DER KLINIK | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname, Geburtsdatum | | | | | | | | | | | | | |
| Krankennummer | Kliniknummer | Jahr | | | | | | | | | | | |
| Abteilung | Klinik | Jahr | | | | | | | | | | | |

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

| A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen | Diagnosekategorie CD - D - CM | Ursache * |
|--|----------------------------------|---|
| 1. _____ | _____ | * Mögliche Ursache der Erkrankung (bei ungenügender Kenntnis des tatsächlichen Ursaches zuzufügen) 1 = Arbeitsunfall / Verkehrsunfall 2 = Berufskrankheit 3 = Arbeitsunfall / Verkehrsunfall durch besonderen Unfall (z. B. Unfallwegen) 4 = Arbeitsunfall / Verkehrsunfall mit Minderleistung 5 = Medizinische Erkrankung (z. B. Tumor) |
| 2. _____ | _____ | |
| 3. _____ | _____ | |
| B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen | | |
| 4. _____ | _____ | |
| 5. _____ | _____ | |
| 6. _____ | _____ | |

II. Angaben zu Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (posttraumatische Symptomatik) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

B. Rehabilitationsrelevante Befindungen und Befunde (relevante Untersuchungsberichte / aktuelle Krankenberichte, z. B. Barthel-Index-Score)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen

D. Hilfsmittel in den letzten 6 Monaten (jede einzelne Hilfsmittel angeben)

Hilfsmittel zur Erreichung der Behandlungsziele nicht vorhanden

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, wobei: _____

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulung, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wohnraumbau von Barriere- und Behindertengerechtheit)

Ausfertigung für die Krankenkasse

 11.11
 Muster 61 Teil Ba/E

Original: DIN A4 hoch

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|------|--|-----------------------------|--|--|---------------|--------------|------|----------|---------|-----|---|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">KENNZEICHEN DER KLINIK</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px;">Name, Vorname, Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Krankennummer</td> <td style="width: 33%;">Kliniknummer</td> <td style="width: 33%;">Jahr</td> </tr> <tr> <td>Diagnose</td> <td>Station</td> <td>Tag</td> </tr> </table> | KENNZEICHEN DER KLINIK | | | Name, Vorname, Geburtsdatum | | | Krankennummer | Kliniknummer | Jahr | Diagnose | Station | Tag | <h2 style="text-align: center;">Verordnung von medizinischer Rehabilitation 61 Teil B</h2> <p style="text-align: center;">Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend</p> <p><input type="checkbox"/> Es besteht die Gefahr, sich wieder um eine Minderung / erhebliche Verschlechterung der Erwerbstätigkeit nach dem Unfall ereignen zu lassen</p> <p>Bei gleichzeitiger Zuständigkeit (z. B. Kinder, Renten/Sonstige, sozialgerichtl. Rehabilitation (AR, ARsonstige))</p> <p><input type="checkbox"/> Versichert erwünscht eine medizinische Rehabilitation zu werden mit GRV</p> |
| KENNZEICHEN DER KLINIK | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname, Geburtsdatum | | | | | | | | | | | | | |
| Krankennummer | Kliniknummer | Jahr | | | | | | | | | | | |
| Diagnose | Station | Tag | | | | | | | | | | | |

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

| A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen | Diagnosekategorie CD → CM | Ursache * |
|--|------------------------------|---|
| 1. _____ | _____ | * Mögliche Ursache der Erkrankung (bei ungenügender Kenntnis des tatsächl. Ursaches zuzufügen) 1 = Arbeitsunfall / Arbeitserschöpfung 2 = Berufskrankheit 3 = Arbeitsunfall / Unfall durch beruflichen Verkehr (z. B. Unfallwegen) 4 = Arbeitsunfall / Unfall durch nicht beruflichen Verkehr 5 = Arbeitsunfall / Unfall durch nicht beruflichen Verkehr |
| 2. _____ | _____ | |
| 3. _____ | _____ | |
| B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen | | |
| 4. _____ | _____ | |
| 5. _____ | _____ | |
| 6. _____ | _____ | |

II. Angaben zu Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

B. Rehabilitationsrelevante Befindungen und Befunde (relevante Untersuchungsberichte / aktuelle Krankenberichte, z. B. Barthel-Indexwert-Skizze)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen

D. Hilfsmittel in den letzten 6 Monaten (jede einzelne Hilfsmittel angeben)

Hilfsmittel zur Erreichung der Behandlungsziele nicht vorhanden

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, wobei: _____

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenratungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wohnraumbau von Barriere- und Behindertengerechtheit)

Ausfertigung für den Vertragsarzt

2.61.13 Muster 61 Teil Ca/E

| | | | |
|--|---|---|------------------|
| <input type="text" value="Name, Vorname des Betroffenen"/> | <input type="text" value="Geburtsdatum"/> | <input type="text" value="Krankenkasse-Nr."/> | 61 Teil C |
|--|---|---|------------------|

G. 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, Mühen sowie Stress umgehen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationstechnik 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"/> |
| Treppennutzung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige <input 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 type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Häusliches Leben (z. B. Einkäufe, 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, wohl beschafften können) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II. Lebensumstände/Kontextfaktoren

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

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel / Fehlleistung
 Übergewicht
 Untergewicht
 Medikamente
 Nikotin
 Sonstiges (z. B. ungewunde Ernährung, Alkohol) _____

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Der Barcode wird nicht auf dem Formular abgebildet. PPPM
Muster 61 Teil Ca/E 3/2020

Original: DIN A4 hoch

2.61.14 Muster 61 Teil Cb/E

| | | | |
|--|---|---|------------------|
| <input type="text" value="Name, Vorname des Betroffenen"/> | <input type="text" value="Geburtsdatum"/> | <input type="text" value="Krankheitsbild"/> | 61 Teil C |
|--|---|---|------------------|

G. 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, Mühen sowie Stress umgehen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationstechnik 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"/> |
| Treppennutzung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige <input 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 type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Häusliches Leben (z. B. Einkäufe, 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, wohl beschafften können) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II. Lebensumstände/Kontextfaktoren

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

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel
 Fehlleistung
 Übergewicht
 Untergewicht
 Medikamente
 Nikotin
 Sonstiges (z. B. ungewunde Ernährung, Alkohol) _____

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Der Barcode wird nicht auf den Form abgedruckt, sondern online. PPPM, Muster 61 Teil Cb/E 2020

Original: DIN A4 hoch

2.61.15 Muster 61 Teil Da/E

| | | | |
|---|--------------|---|--|
| Name, Vorname des Antrahalters | Geburtsdatum | Antrags-Nr. | 61 Teil D |
| IV. Rehabilitationsziele | | | |
| A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen | | | |
| <hr/> <hr/> | | | |
| B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten | | | |
| <hr/> <hr/> | | | |
| 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 | | | |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) _____ | | | |
| VI. Zuweisungsempfehlungen | | | |
| A. Empfohlene Rehabilitationform | | | |
| <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> ambulant-mobil <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Mütter-Leistung <input type="checkbox"/> Väter-Leistung <input type="checkbox"/> als Mutter-Kind-Leistung <input type="checkbox"/> als Vater-Kind-Leistung | | | |
| B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch; kardiologisch; geriatrisch; Kinder/Jugend) | | | |
| <hr/> <hr/> | | | |
| C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (z. B. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für Körper-, seh-, hö- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Konzepte, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen) | | | |
| <input type="checkbox"/> pflegendes Angehörige(r) <input type="checkbox"/> andere _____ | | | |
| VII. Sonstige Angaben | | | |
| Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund | | | |
| <input type="checkbox"/> neuer Indikation <input type="checkbox"/> Verschlimmerung bei gleicher Indikation <input type="checkbox"/> Die zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig <input type="checkbox"/> Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert | | | |
| Reisetüchtigkeit | | | |
| <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> PKW erforderlich <input type="checkbox"/> Begleitperson erforderlich | | | |
| Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen | | | |
| <input type="checkbox"/> Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben) <input type="checkbox"/> Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht | | | |
| Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Notwendigkeit, Scheuergerechtigkeit / Rückruf erbeten unter | | | |
| <hr/> <hr/> | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Für die Ausstellung der ärztlichen Verordnung (Teil B-C) ist die Nr. 01811 ERM berechnungsfähig</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Ausfertigung für die Krankenkasse</div> | Datum | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px;"></div> | <small> ***** Muster 61 Teil Da/E 01.10.2021 </small> |

Original: DIN A4 hoch

2.61.16 Muster 61 Teil Db/E

| | | | |
|---|--------------|--|------------------|
| Name, Vorname des Antragsstellers | Geburtsdatum | Antrags-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 | | | |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) _____ | | | |
| VI. Zuweisungsempfehlungen | | | |
| A. Empfohlene Rehabilitationsform | | | |
| <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> ambulant-mobil <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Mütter-Leistung <input type="checkbox"/> Väter-Leistung <input type="checkbox"/> als Mutter-Kind-Leistung <input type="checkbox"/> als Vater-Kind-Leistung | | | |
| B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch; kardiologisch; geriatrisch; Kinder/Jugend) | | | |
| | | | |
| C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (z. B. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für Körper-, seh-, hö- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Konzepte, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen) | | | |
| <input type="checkbox"/> pflegendes Angehörige(r) <input type="checkbox"/> andere _____ | | | |
| VII. Sonstige Angaben | | | |
| Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund | | | |
| <input type="checkbox"/> neuer Indikation <input type="checkbox"/> Verschlimmerung bei gleicher Indikation <input type="checkbox"/> Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig <input type="checkbox"/> Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert | | | |
| Reisefähigkeit | | | |
| <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> PKW erforderlich <input type="checkbox"/> Begleitperson erforderlich | | | |
| Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen | | | |
| <input type="checkbox"/> Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben) <input type="checkbox"/> Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht | | | |
| Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Notwendigkeit, Scheuergerecht / Rückruf erbitten unter | | | |
| | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Für die Ausstellung der ärztlichen Verordnung (Teil B-C) ist die Nr. 01811 ERM berechnungsfähig</div> | | Datum _____ | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Ausfertigung für den Vortragsarzt</div> | | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> | |
| Der Barcode enthält keine auf den Fall bez. nicht-ärztlichen Daten. FFFM, Muster 61 Teil Db/E (2020) | | | |

Original: DIN A4 hoch

- 2.62 Muster 62/E: unbesetzt
- 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.

| | | | | | |
|--|--|--------------|--|------------|--|
| Name - Name des Versicherten | | Geburtsdatum | | Geburtsort | |
| Antrag des Versicherten | | | | | |
| Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird von _____ beantragt | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin <input type="checkbox"/> Ich bin nicht <input type="checkbox"/> Ich bin nicht | | | | | |
| Die ambulante spezialisierte Palliativversorgung wird beantragt auf Grundlage der Besondere Vereinbarung über die ambulante spezialisierte Palliativversorgung zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der Bundesagentur für Arbeit vom _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht <input type="checkbox"/> Ich bin nicht <input type="checkbox"/> Ich bin nicht | | | | | |
| Angaben des Leistungserbringers für die SAPV | | | | | |
| Die ambulante spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom _____ bis _____ beantragt | | | | | |
| Name des Leistungserbringers (ggf. Stempel) | | | | | |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) (ggf. Stempel) | | | | | |
| Institutionen/Praxen des Leistungserbringers | | | | | |
| Ansprechpartner (Name) | | | | | |
| Telefonnummer | | | | | |
| Faxnummer | | | | | |
| E-Mail | | | | | |
| Datum | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht <input type="checkbox"/> Ich bin nicht <input type="checkbox"/> Ich bin nicht | | | | | |
| Genehmigung der Krankenkasse | | | | | |
| Die ambulante spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> entsprechend der Versicherung übernommen <input type="checkbox"/> in folgendem Umfang übernommen | | | | | |
| Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Einzelne Netzversicherer sind Abkehr des angegebenen Zeitraums, so nicht durch die Kostenerstattung | | | | | |
| Sollte die SAPV über den festzulegenden Zeitraum hinaus erforderlich sein, so ist rechtzeitig vor Ablauf des genehmigten Zeitraums eine erneute Vereinbarung beider Krankenkassen anzufordern | | | | | |
| Ausfüllen, wenn von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht Name, Vorname des Versicherten | | | | | |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort | | | | | |
| Versicherungsnummer | | | | | |
| Gesundheitsnummer | | | | | |
| Datum | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht <input type="checkbox"/> Ich bin nicht <input type="checkbox"/> Ich bin nicht | | | | | |
| Kassennummer Kassennummer Kassennummer | | | | | |

Original: DIN A4 hoch

2.63.11 unbesetzt

2.63.12 **Muster 63d/E**

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|-----------|
| Name des Patienten: _____ | | | Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) | | 63 |
| Krankheitsdiagnose: _____ | | | <input type="checkbox"/> Erstverordnung | <input type="checkbox"/> Folgeverordnung | |
| Verordnungsart: | Verordnungsart: | Stufe: | <input type="checkbox"/> I, II, III <input type="checkbox"/> IV, V, VI, VII, VIII | | |
| Seitenspezialität: | Art der Versorgung: | Ort der Versorgung: | ICD-10: _____ | ICD-10: _____ | |
| Verordnungsrelevante Diagnosen (ICD-10, ggf. Organmanifestationen) | | | | | |
| Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortzuschreiten und zeitlich begrenzt. | | | | | |
| Komplexes Symptomgeschehen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte unipolare Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik | | | |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ubereinander / wechselnde Schmerzen oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychiatrische 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. therapieresistente Schmerzen, Dyspnoe / Erstickungsgefahr, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle) | | | | | |
| Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich DAV) | | | | | |
| 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) der Familienangehörigen | <input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung | | | |
| mit folgenden inhaltlicher Ausrichtung (Regelamt, Häufigkeit, ggf. Beratung in Spezialität) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Acute Interventionelle Palliativversorgung | <input type="checkbox"/> Fachspezifische Versorgung | Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV | | | |
| Zusätzliche Informationen zur Koordination der SAPV (z. B. für die Folgeverordnung die Kostenübernahme der G423 berechnungsfähig) | | | Vertragsschlussdatum mit dem Anbieter Anzahl der in der Verordnung enthaltenen Besuche ICD-10: _____ | | |

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 Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.64.5 unbesetzt

2.64.6 unbesetzt

2.64.7 unbesetzt

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| <p>Verordnung Nr. _____ vom _____</p> <p>Blatt _____ von _____</p> <p>Verordnungsgeber: _____</p> <p>Verordnungsgeber: _____</p> <p>Verordnungsgeber: _____</p> | <p>Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V</p> <p>Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für eine Vorsorgeleistung ist gegeben</p> <p>64 Teil A</p> | | | | |
| <p>I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen</p> | | | | | |
| <p>A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren <i>(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)</i></p> <p>_____</p> | | | | | |
| <p>B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</p> <p style="text-align: right;">Diagnosekodierung ICD-10-GM</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | |
| <p>II. Vorsorgebedürftigkeit</p> | | | | | |
| <p>A. Kurze Angaben zur Anamnese</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | |
| <p>B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen <i>(Belastbarkeitseinschätzungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-soziale Beziehungen pflegen, eigene Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | |
| <p>C. Kontextfaktoren, die für die mütter-väter-spezifische Problemkonstellation relevant sind</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"> <p>Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie</p> <p>mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung</p> <p>Eziehungsschwierigkeiten</p> <p>Schwierigkeiten bei der Probenbeschäftigung (Alltagsprobleme)</p> <p>mangelnde Grundkompetenzen in Zusammenhang mit der Aufgabenerfüllung der Mütter oder Väter</p> <p>erhöhter Leistungsanforderung durch häufig oder chronisch auftretende, erstmalig auftretende oder bestehende Kinder- /frühgeborene Kinder / Mehrlingsgeburten</p> <p>andere Kontextfaktoren; ggf. äußere Einflüsse</p> </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <p>fehlende Anerkennung der Mütter-/Väterrolle</p> <p>Ehrlich / Einverständnis / Zustimmung zum Partner</p> <p>Platz der Familienmitglieder</p> <p>fehlende Anerkennung der Mütter-/Väterrolle</p> <p>fehlende Anerkennung der Mütter-/Väterrolle</p> <p>fehlende Anerkennung der Mütter-/Väterrolle</p> </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <p>Tod des Partners/naher Angehöriger</p> <p>Trennung / Schwangerschaft</p> <p>soziale Isolation</p> <p>finanzielle Sorgen</p> <p>münder Zeitdruck</p> <p>alleinerziehend</p> </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <p><input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung</p> <p><input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation der Schule</p> <p><input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungs-schwierigkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> besonders belastende / unregelmäßige Arbeitszeiten</p> <p><input type="checkbox"/> drohende Arbeitslosigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie</p> </td> </tr> </table> <p>_____</p> <p>_____</p> | | <p>Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie</p> <p>mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung</p> <p>Eziehungsschwierigkeiten</p> <p>Schwierigkeiten bei der Probenbeschäftigung (Alltagsprobleme)</p> <p>mangelnde Grundkompetenzen in Zusammenhang mit der Aufgabenerfüllung der Mütter oder Väter</p> <p>erhöhter Leistungsanforderung durch häufig oder chronisch auftretende, erstmalig auftretende oder bestehende Kinder- /frühgeborene Kinder / Mehrlingsgeburten</p> <p>andere Kontextfaktoren; ggf. äußere Einflüsse</p> | <p>fehlende Anerkennung der Mütter-/Väterrolle</p> <p>Ehrlich / Einverständnis / Zustimmung zum Partner</p> <p>Platz der Familienmitglieder</p> <p>fehlende Anerkennung der Mütter-/Väterrolle</p> <p>fehlende Anerkennung der Mütter-/Väterrolle</p> <p>fehlende Anerkennung der Mütter-/Väterrolle</p> | <p>Tod des Partners/naher Angehöriger</p> <p>Trennung / Schwangerschaft</p> <p>soziale Isolation</p> <p>finanzielle Sorgen</p> <p>münder Zeitdruck</p> <p>alleinerziehend</p> | <p><input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung</p> <p><input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation der Schule</p> <p><input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungs-schwierigkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> besonders belastende / unregelmäßige Arbeitszeiten</p> <p><input type="checkbox"/> drohende Arbeitslosigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie</p> |
| <p>Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie</p> <p>mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung</p> <p>Eziehungsschwierigkeiten</p> <p>Schwierigkeiten bei der Probenbeschäftigung (Alltagsprobleme)</p> <p>mangelnde Grundkompetenzen in Zusammenhang mit der Aufgabenerfüllung der Mütter oder Väter</p> <p>erhöhter Leistungsanforderung durch häufig oder chronisch auftretende, erstmalig auftretende oder bestehende Kinder- /frühgeborene Kinder / Mehrlingsgeburten</p> <p>andere Kontextfaktoren; ggf. äußere Einflüsse</p> | <p>fehlende Anerkennung der Mütter-/Väterrolle</p> <p>Ehrlich / Einverständnis / Zustimmung zum Partner</p> <p>Platz der Familienmitglieder</p> <p>fehlende Anerkennung der Mütter-/Väterrolle</p> <p>fehlende Anerkennung der Mütter-/Väterrolle</p> <p>fehlende Anerkennung der Mütter-/Väterrolle</p> | <p>Tod des Partners/naher Angehöriger</p> <p>Trennung / Schwangerschaft</p> <p>soziale Isolation</p> <p>finanzielle Sorgen</p> <p>münder Zeitdruck</p> <p>alleinerziehend</p> | <p><input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung</p> <p><input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation der Schule</p> <p><input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungs-schwierigkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> besonders belastende / unregelmäßige Arbeitszeiten</p> <p><input type="checkbox"/> drohende Arbeitslosigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie</p> | | |
| <p style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">Ausfertigung für die Krankenkasse</p> <p style="margin-left: 200px;">Muster 64Aa/E</p> | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| <p>Verordnung Nr. _____ vom _____</p> <p>Blatt _____ von _____</p> <p>Zeitraum: _____ bis _____</p> <p>Praxis: _____</p> | <p>Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V</p> <p>64 Teil A</p> <p>Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für eine Vorsorgeleistung ist gegeben</p> | | | | | | |
| I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen | | | | | | | |
| <p>A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren <i>(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)</i></p> <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Diagnosekürzel ICD-10-GM</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> | | | Diagnosekürzel ICD-10-GM | | | | |
| | Diagnosekürzel ICD-10-GM | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| II. Vorsorgebedürftigkeit | | | | | | | |
| <p>A. Kurze Angaben zur Anamnese</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen <i>Welche Bereiche des Lebens werden durch Stress umgehen auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten. Auswirkungen auf das tägliche Leben angeben. Familien-soziale Beziehungen prägen, eine Beschäftigung sowie eigene Interessen und Hobbies nachgehen.</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | |
| <p>C. Kontextfaktoren, die für die mütter-väter-spezifische Problemkonstellation relevant sind</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung Erziehungs-schwierigkeiten Schwierigkeiten bei der Probenarbeit (Alltagsprobleme) mangelnde Grundkompetenzen in Zusammenhang mit der Aufgaben einer Mutter/eines Vaters erhöhter Leistungsanforderung durch häufig oder chronisch erkrankte, erstmalig aufgeführte oder behinderte Kinder/ frühgeborene Kinder/ Mehrlingsgeburten andere Kontextfaktoren; ggf. weitere Erläuterungen </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> fehlende Anerkennung der Mütter/Väterrolle Einbruch/ Einbruch einer Trennung zum Partner Pflege von Familienmitgliedern finanzielle Sorgen mangelnder Zeitdruck alleinerziehend </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> Tod des Partners/ naher Angehöriger Teenager- schwangerschaft soziale Isolation finanzielle Sorgen mangelnder Zeitdruck alleinerziehend </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit der Arbeit/ Spiel- und/ oder Schulleistung <input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungs-schwierigkeiten <input type="checkbox"/> besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeiten <input type="checkbox"/> drohende Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/ des Mannes in der Familie </td> </tr> </table> <p>_____</p> <p>_____</p> | | Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung Erziehungs-schwierigkeiten Schwierigkeiten bei der Probenarbeit (Alltagsprobleme) mangelnde Grundkompetenzen in Zusammenhang mit der Aufgaben einer Mutter/eines Vaters erhöhter Leistungsanforderung durch häufig oder chronisch erkrankte, erstmalig aufgeführte oder behinderte Kinder/ frühgeborene Kinder/ Mehrlingsgeburten andere Kontextfaktoren; ggf. weitere Erläuterungen | fehlende Anerkennung der Mütter/Väterrolle Einbruch/ Einbruch einer Trennung zum Partner Pflege von Familienmitgliedern finanzielle Sorgen mangelnder Zeitdruck alleinerziehend | Tod des Partners/ naher Angehöriger Teenager- schwangerschaft soziale Isolation finanzielle Sorgen mangelnder Zeitdruck alleinerziehend | <input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit der Arbeit/ Spiel- und/ oder Schulleistung <input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungs-schwierigkeiten <input type="checkbox"/> besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeiten <input type="checkbox"/> drohende Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/ des Mannes in der Familie | | |
| Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung Erziehungs-schwierigkeiten Schwierigkeiten bei der Probenarbeit (Alltagsprobleme) mangelnde Grundkompetenzen in Zusammenhang mit der Aufgaben einer Mutter/eines Vaters erhöhter Leistungsanforderung durch häufig oder chronisch erkrankte, erstmalig aufgeführte oder behinderte Kinder/ frühgeborene Kinder/ Mehrlingsgeburten andere Kontextfaktoren; ggf. weitere Erläuterungen | fehlende Anerkennung der Mütter/Väterrolle Einbruch/ Einbruch einer Trennung zum Partner Pflege von Familienmitgliedern finanzielle Sorgen mangelnder Zeitdruck alleinerziehend | Tod des Partners/ naher Angehöriger Teenager- schwangerschaft soziale Isolation finanzielle Sorgen mangelnder Zeitdruck alleinerziehend | <input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit der Arbeit/ Spiel- und/ oder Schulleistung <input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungs-schwierigkeiten <input type="checkbox"/> besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeiten <input type="checkbox"/> drohende Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/ des Mannes in der Familie | | | | |
| <p>Ausfertigung für den Arzt</p> <p style="font-size: small;">Antragsteller: _____ Datum: _____</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">TEFAS Praxis für Familien</p> | | | | | | | |

2.64.10 Muster 64Ba/E

64 Teil B

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

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

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Elternschulungen, Geburtsvorbereitung/Funktionstraining, Wahrnehmung von Verantwortung und Selbstverantwortung, 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

| | | | |
|----------------|---------------|---------------------|--------------------|
| Mütterleistung | Väterleistung | Mutter-Kindleistung | Vater-Kindleistung |
|----------------|---------------|---------------------|--------------------|

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

| Name des Kindes | Geburtsdatum | s. Alters-Kind nutzt bei Behandlung notwendig | Beistehende Mutter-/ Vater-Kind- Beziehung | Psychosoziale Gründe Behandlung notwendig |
|---|--------------|--|---|--|
| 1 | _____ | | | |
| 2 | _____ | | | |
| 3 | _____ | | | |
| <small>Das "Ärztliche Adress-Kenn"-System (Ä) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (vgl. auch die behandelnde Kinderärztin)</small> | | | | |

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z.B. Klima, Geräuschkulisse, Allergierisiko, besondere Kinderbetten, barrierefreie Angebote, spezialisierte Inanspruchnahme, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mütterlichende Kinder)

ja, folgend:

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

ja, Erläuterung: _____

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

D. Rückruf erbitten unter Telefon-Nummer

Ich/Unsere Aussteller bei ärztlicher Verordnung
ist/ist die Nr. 01824 LLIV berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Antragsteller: Dr. med. habil. Dr. phil. habil. Dr. med. habil. Dr. phil. habil. Dr. med. habil. Dr. phil. habil. Dr. med. habil. Dr. phil. habil.

Ausstellungsdatum _____

Hilfslos, unentgeltlich und ohne Aufw.
© 2010
Muster 64 Ba/E 01/2021

Original DIN A4 hoch

64 Teil B

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

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

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Elternschulungen, Geburtsvorbereitung/Funktionstraining, Wahrnehmung von Verantwortung und Selbstverantwortung, 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

| | | | |
|----------------|---------------|---------------------|--------------------|
| Mütterleistung | Väterleistung | Mutter-Kindleistung | Vater-Kindleistung |
|----------------|---------------|---------------------|--------------------|

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

| Name des Kindes | Geburtsdatum | s. Alters-Kind nutzt bei Behandlung notwendig | Beistand Mutter/ Vater-Kind- Beziehung | Psychosoziale Gründe Behandlung notwendig |
|---|--------------|--|---|--|
| 1 | _____ | | | |
| 2 | _____ | | | |
| 3 | _____ | | | |
| <small>Das "Ärztliche Attest/Kind"-System ist nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (vgl. auch die behandelnde Kinderärztin)</small> | | | | |

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z.B. Klima, Barrierefreiheit, Allergierisiko, besondere Kinderbetten, barrierefreie Angebote, spezialisierte Inanspruchnahme, konfessionelle Ausrichtung, Einbindung nur für Frauen, Hinweise für mütterlichende Kinder)

ja, folgend:

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

ja, Erläuterung _____

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

D. Rückruf erbitten unter Telefon-Nummer

Hier das Ausstellen bei ärztlicher Verordnung
 ist die Nr. 01824 LLIV berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

01824 LLIV ist berechnungsfähig
 01824 LLIV ist berechnungsfähig

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

| | |
|---|---|
| <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p style="text-align: right;">65</p> <p>Ärztliches Attest Kind zur Verordnung einer medizinischen Versorgung / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V</p> |
|---|---|

I. Kurze Angaben zur Anamnese

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

A. Gesundheitsstörungen (Darstellung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Anamneseblätter über das ohrärztliche (Mittelohr), Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

B. Erkrankungen Diagnoseklausel
07-10-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, Ausgerüstet, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungseinheiten, qualifizierte Ausrichtung)

a. folgernde _____

Für das Ausstellen der Attest oder Verordnung ist die Nr. 01822 LU/V berechnungsfähig

Ausstellungsdatum _____

Ausfertigung für die Krankenkasse

Antragsteller: _____

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

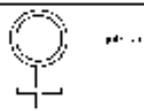
2.70.8 Muster 70b/E

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-----------------------|---|-----------------------|---|--|---|--|---|--|---|--------------------------------|---|-----------------------|---|-----------------------|---|--|---|--|---|-----------------------------------|---|
| <p>Partnerin bzw. Partner</p> <p>Bitte Name und Geburtsdatum:</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>Bitte Geburtsdatum: <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/></p> <p>Bitte Name: <input type="text"/></p> | <p style="text-align: right;">70</p> <p>Behandlungsplan 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 Nummer 11.1-11.6 der Richtlinien über künstliche Befruchtung</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Partnerin bzw. Partner</p> <p>Bitte Name und Geburtsdatum:</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>Bitte Geburtsdatum: <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/></p> <p>Bitte Name: <input type="text"/></p> | <p>II Geplante Behandlungsmaßnahme</p> <p><input type="checkbox"/> Insemination im Spermiatransfer (gemäß Nr. 11.1.1)</p> <p><input type="checkbox"/> Insemination mit oder ohne Stimulation (gemäß Nr. 10.2)</p> <p><input type="checkbox"/> In-Vitro-Fertilisation mit Embryoübertragung (gemäß Nr. 10.3)</p> <p><input type="checkbox"/> Intrauterine-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)</p> <p><input type="checkbox"/> Intrazytoplasmatische Spermieinjektion (gemäß Nr. 11.1.1.1)</p> <p>Auswahl und Art der bis dato erfolgten Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>III Kostenschätzung</p> <p>Alle Angaben dienen nur als dem Anbieter einer rechtsgültigen Angebotspreisangabe und stellen keinen Tarifabschluss dar. Die Fixierung der Kosten erfolgt auf separaten Leistungs- und Kostenschätzungen und als durchschnittliche Kosten pro Zyklus in Euro anzugeben.</p> <p>a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen):</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>Stimulierung der Eizellenreife</td><td>♀</td></tr> <tr><td>Entnahme der Eizellen</td><td>♀</td></tr> <tr><td>Entnahme der Spermien</td><td>♂</td></tr> <tr><td>Übertragung der Eizellen in den Uterus</td><td>♀</td></tr> <tr><td>Übertragung der Spermien in den Uterus</td><td>♂</td></tr> <tr><td>Gesamtsumme (Einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen) (Euro)</td><td>♀</td></tr> </table> <p>Ort: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/></p> <p>b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen):</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>Stimulierung der Eizellenreife</td><td>♀</td></tr> <tr><td>Entnahme der Eizellen</td><td>♀</td></tr> <tr><td>Entnahme der Spermien</td><td>♂</td></tr> <tr><td>Übertragung der Eizellen in den Uterus</td><td>♀</td></tr> <tr><td>Übertragung der Spermien in den Uterus</td><td>♂</td></tr> <tr><td>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</td><td>♀</td></tr> </table> <p>Ort: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/></p> | | Stimulierung der Eizellenreife | ♀ | Entnahme der Eizellen | ♀ | Entnahme der Spermien | ♂ | Übertragung der Eizellen in den Uterus | ♀ | Übertragung der Spermien in den Uterus | ♂ | Gesamtsumme (Einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen) (Euro) | ♀ | Stimulierung der Eizellenreife | ♀ | Entnahme der Eizellen | ♀ | Entnahme der Spermien | ♂ | Übertragung der Eizellen in den Uterus | ♀ | Übertragung der Spermien in den Uterus | ♂ | Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro) | ♀ |
| Stimulierung der Eizellenreife | ♀ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entnahme der Eizellen | ♀ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entnahme der Spermien | ♂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Übertragung der Eizellen in den Uterus | ♀ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Übertragung der Spermien in den Uterus | ♂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamtsumme (Einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen) (Euro) | ♀ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stimulierung der Eizellenreife | ♀ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entnahme der Eizellen | ♀ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entnahme der Spermien | ♂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Übertragung der Eizellen in den Uterus | ♀ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Übertragung der Spermien in den Uterus | ♂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro) | ♀ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)</p> <p>Die auf die jeweils zu bezugnehmende Krankenkasse zu übermittelnden und zu bewerkstelligenden und vom jeweiligen Arzt der Krankenkasse zu genehmigenden Leistungen sind:</p> <p>Die Genehmigung der Krankenkasse ist erforderlich, wenn die Kosten der Behandlung nicht durch die Krankenkasse übernommen werden können. Die Genehmigung der Krankenkasse ist erforderlich, wenn die Kosten der Behandlung für die zu dem jeweiligen Zyklusfall bezugnehmende Krankenkasse nicht übernommen werden können.</p> <p>Bitte die Genehmigung der Krankenkasse(n) für die jeweilige Behandlung angeben.</p> <p>Bei Änderungen der Behandlungsmethode ist die Genehmigung der Krankenkasse(n) für die jeweilige Behandlung angeben.</p> <p>Ausfertigung für die Krankenkasse(n)</p> <p>Die Krankenkasse(n) ist/ sind zu informieren über die Genehmigung der Krankenkasse(n) für die jeweilige Behandlung.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Der Behandlungs-/Kostenplan wird für wann bis _____ Zyklus/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separat begründend anfordern)</p> <p>Ort: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/></p> <p>Bitte die Genehmigung der Krankenkasse(n) für die jeweilige Behandlung angeben.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Der Behandlungs-/Kostenplan wird für wann bis _____ Zyklus/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separat begründend anfordern)</p> <p>Ort: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/></p> <p>Bitte die Genehmigung der Krankenkasse(n) für die jeweilige Behandlung angeben.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Original: DIN A4 hoch

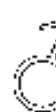
- 2.70A Muster 70A/E: Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten
(Stand: 10.2014)
- 2.70A.1 Zur Dokumentation des Folge-Behandlungsplans für Maßnahmen 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 Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.70A.5 unbesetzt
- 2.70A.6 unbesetzt

2.70.A.7 Muster 70Aa/E

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>Partnerin bzw. Partner</p> <p>Bitte die Verwandtschaftsverhältnisse im Familienstand angeben:</p>  <p> Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Familienname: _____ Vorname: _____ </p> | <p style="text-align: right;">70A</p> <p>Folge-Behandlungsplan</p> <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 1.1.1-1.1.6 der Richtlinien über künstliche Befruchtung</p> | | |
| <p>Partnerin oder Partner</p> <p>Bitte die Verwandtschaftsverhältnisse im Familienstand angeben:</p>  <p> Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Familienname: _____ Vorname: _____ </p> | <p>II Geplante Behandlungsmaßnahme</p> <p> <input type="checkbox"/> Insemination im Spermiogramm (gemäß Nr. 1.1.1) <input type="checkbox"/> Insemination mit oder ohne Spermiumfunktion (gemäß Nr. 1.0.2) <input type="checkbox"/> In-Vitro-Fertilisation mit Embryoübertragung (gemäß Nr. 1.0.3) <input type="checkbox"/> Intrauterine-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 1.0.4) <input type="checkbox"/> Inseminationsähnliche Spermieinjektion (gemäß Nr. 1.0.5) </p> <p>Anzahl und Art bereitete ohne Embryoübertragung nachgelesener Spermien sowie abgeführte Behandlungen (gemäß Nr. 1.0.1-1.0.5):</p> | | |
| <p>III Kostenschätzung</p> <p>Alle Angaben dienen nur als dem Anbieter einer rechtsgültigen Angebotspreisangabe und stellen keinen Tarifabschluss dar. Die Kostenschätzung ist auf separaten Seiten. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kosten pro Zyklus in Euro anzugeben.</p> <p>a Kosten für ein malig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen):</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> ♀ ♂ Systemische Antihämophile A-Behandlung (Euro) Sachkosten und Sachschadenersatzbedarf (Euro) Gesamtsumme Kosten im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro) </td> <td> ♀ ♂ Systemische Antihämophile A-Behandlung (Euro) Sachkosten und Sachschadenersatzbedarf (Euro) Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro) </td> </tr> </table> <p>Ort: _____ Datum: _____</p> | | ♀ ♂ Systemische Antihämophile A-Behandlung (Euro) Sachkosten und Sachschadenersatzbedarf (Euro) Gesamtsumme Kosten im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro) | ♀ ♂ Systemische Antihämophile A-Behandlung (Euro) Sachkosten und Sachschadenersatzbedarf (Euro) Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro) |
| ♀ ♂ Systemische Antihämophile A-Behandlung (Euro) Sachkosten und Sachschadenersatzbedarf (Euro) Gesamtsumme Kosten im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro) | ♀ ♂ Systemische Antihämophile A-Behandlung (Euro) Sachkosten und Sachschadenersatzbedarf (Euro) Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro) | | |
| <p>IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)</p> <p>Die auf die jeweilige Leistungsbeschreibung anzuwendenden Bestimmungen sind zu kontrollieren. Die Genehmigung der Krankenkasse pro Zyklus.</p> <p>Wiederholungszyklen genehmigt, sobald die Genehmigung der Krankenkasse der Behandlungen (insbesondere Wiederholungszyklen) zu einem Monat nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, die jeweils folgende Frucht nicht besteht.</p> <p>Nach § 17a SGB V ist mit der anfallenden Kosten der Höhe der Kosten der Krankenkasse (1) bis zum Ende der Schwangerschaft, bis zur Abfertigung der vertraglich vereinbarten Punktwerte in Höhe der Euro oder nach Beendigung der Behandlung abgeben.</p> <p>Verfahren nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung sowie bei Änderung der Erkrankung, sind ist ein neues Folgeverfahren genehmigt.</p> <p>Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt</p> <p>Bitte die auf die Leistungsbeschreibung anzuwendenden Bestimmungen kontrollieren.</p> | | | |
| <p>Der Behandlungs-/Kostenplan wird für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung erforderlich)</p> <p>Ort: _____ Datum: _____</p> <p>_____ (Name des Vertragsarztes) auf beiden Seiten genehmigt</p> | | | |
| <p>Der Behandlungs-/Kostenplan wird für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung erforderlich)</p> <p>Ort: _____ Datum: _____</p> <p>_____ (Name des Vertragsarztes) auf beiden Seiten genehmigt</p> | | | |

Original: DIN A4 hoch

2.70.A.8 Muster 70Ab/E

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|---------------------------------------|---|--|---|---|---|------|--------|---|--|---|--|---------------------------------------|---|-------------------------------|---|--|---|--|---|------|--------|
| <p>Partnername bzw. Kostenträger</p> <hr/> <p>Formelname der Partnerin</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Kosten/Leistung Partnername PLZ</p> <p>Postleitzahl PLZ</p> | <p style="text-align: right;">70A</p> <p>Folge-Behandlungsplan</p> <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 1.1.1-1.1.6 der Richtlinien über künstliche Befruchtung</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Partnername bzw. Kostenträger</p> <hr/> <p>Formelname des Partners</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Kosten/Leistung Partnername PLZ</p> <p>Postleitzahl PLZ</p> | <p>II Geplante Behandlungsmaßnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Insemination im Spermiogramm (gemäß Nr. 1.1.1) <input type="checkbox"/> Insemination mit oder ohne Spermium (gemäß Nr. 1.0.2) <input type="checkbox"/> In-Vitro-Fertilisation mit Embryo (gemäß Nr. 1.0.3) <input type="checkbox"/> Intrauterine-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 1.0.4) <input type="checkbox"/> Inseminationsähnliche Spermieinjektion (gemäß Nr. 1.0.5) <p>Anzahl und Art bereitete ohne Embryo einer klinisch nachgesehenen Schwangerschaft gefolgt Behandlungen (gemäß Nr. 1.0.1-1.0.5):</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>III Kostenschätzung</p> <p>Alle Angaben dienen nur zu dem Zweck einer nachvollziehbaren Abschätzung der abgerechneten und insgesamt zu leistenden Tätigkeiten und Leistungen der Ärzte oder ggf. auf separaten Seiten Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kosten pro Partner in Euro anzugeben</p> <p>a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</p> <p>Arztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Einmalige ärztliche Behandlung (Euro)</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Sachkosten und Sachschonenderbedarf (Euro)</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Gesamtsumme Kosten im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Ort:</td> <td>Datum:</td> </tr> </table> <p>b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</p> <p>Arztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Einmalige ärztliche Behandlung (Euro)</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Medikamentöse Therapie (Euro)</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Sachkosten und Sachschonenderbedarf (Euro)</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Ort:</td> <td>Datum:</td> </tr> </table> | |  | |  | | Einmalige ärztliche Behandlung (Euro) |   | Sachkosten und Sachschonenderbedarf (Euro) |   | Gesamtsumme Kosten im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro) |   | Ort: | Datum: |  | |  | | Einmalige ärztliche Behandlung (Euro) |   | Medikamentöse Therapie (Euro) |   | Sachkosten und Sachschonenderbedarf (Euro) |   | Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro) |   | Ort: | Datum: |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Einmalige ärztliche Behandlung (Euro) |   | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sachkosten und Sachschonenderbedarf (Euro) |   | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamtsumme Kosten im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro) |   | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ort: | Datum: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Einmalige ärztliche Behandlung (Euro) |   | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medikamentöse Therapie (Euro) |   | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sachkosten und Sachschonenderbedarf (Euro) |   | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro) |   | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ort: | Datum: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)</p> <p>Die auf die jeweils zu tragende Fruchtlast anzurechnenden Maßnahmen sind zu vollziehen und nach Beginn der Fruchtlast permissiven Zyklus.</p> <p>Wiederholende Zyklen permissiv, solange die Genehmigung, soweit die Genehmigung der Behandlungen (essentieller) weiterwichtig ist, die nicht zu einem Monat nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, die jeweils zu tragende Fruchtlast ermöglicht.</p> <p>Nach § 19a SGB II ist mit der existierenden Kosten der Ehegatten Kostenträgerinnen (siehe Abschnitt I) zu personal über Theorien, kann über die Kosten der Ehegatten der Gesamtkosten kann - in die Abfertigung der vertraglich zu leistenden Punktwert in Cent (20 Euro) oder nach Genehmigung der Behandlung erfolgen.</p> <p>Verfahren nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung sowie bei Änderung der Erkrankung, sind ist ein Jahr Folgeverfahrensgebühren vorzulegen.</p> <p>Anforderung für die Krankenkassen Genehmigung</p> <p>Bitte Formular vollständig und korrekt befüllen und an die Krankenkasse einreichen, die den Antrag zu bearbeiten hat.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Der Behandlungs-/Kostenplan wird</p> <p>für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung erforderlich)</p> <p>Ort: _____ Datum: _____</p> <p style="text-align: right;"><small>Bitte Formular vollständig und korrekt befüllen und an die Krankenkasse einreichen, die den Antrag zu bearbeiten hat.</small></p> <hr/> <p>für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung erforderlich)</p> <p>Ort: _____ Datum: _____</p> <p style="text-align: right;"><small>Bitte Formular vollständig und korrekt befüllen und an die Krankenkasse einreichen, die den Antrag zu bearbeiten hat.</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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.