

# Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Diagnose (ICD-10)

Schweregrad (lt. GAF-SKALA)	Die Erkrankung besteht seit
	T   T   M   M   J   J
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen	
Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren	

Anschrift und Telefonnummer des Versicherten Straße	Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Wenn ja, für welche Angelegenheiten?
PLZ Ort	
Telefonnummer	

Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen Name	Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers Name
Straße	Straße
PLZ Ort	PLZ Ort
Telefonnummer	Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung)	Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten	Beantragte Zahl der Therapieeinheiten
	Voraussichtliche Dauer der Therapie	Bereits durchgeführte Leistungen

Prognose

Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> wird vermieden	<input type="checkbox"/> wird verkürzt	<input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar
Begründung			
Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt			

Original bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen

Ort und Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

# Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Diagnose (ICD-10)

Schweregrad (lt. GAF-SKALA)	Die Erkrankung besteht seit
	T   T   M   M   J   J
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen	
Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren	

Anschrift und Telefonnummer des Versicherten Straße	Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt?
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Wenn ja, für welche Angelegenheiten?
PLZ	Ort
Telefonnummer	

Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen Name	Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers Name
Straße	Straße
PLZ	PLZ
Ort	Ort
Telefonnummer	Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung)	Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten	Beantragte Zahl der Therapieeinheiten
	Voraussichtliche Dauer der Therapie	Bereits durchgeführte Leistungen

Prognose

Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> wird vermieden	<input type="checkbox"/> wird verkürzt	<input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar
Begründung			
Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt			

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

1. Durchschlag zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer	Ort und Datum
--	---------------

# Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Diagnose (ICD-10)

Schweregrad (lt. GAF-SKALA)	Die Erkrankung besteht seit	T   T   M   M   J   J
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren

Anschrift und Telefonnummer des Versicherten Straße	Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
	Wenn ja, für welche Angelegenheiten?		
	_____		
PLZ	Ort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefonnummer	_____		

Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen Name	Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers Name
Straße	Straße
PLZ	PLZ
Ort	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung)	Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten	Beantragte Zahl der Therapieeinheiten
	Voraussichtliche Dauer der Therapie	Bereits durchgeführte Leistungen

Prognose

Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> wird vermieden	<input type="checkbox"/> wird verkürzt	<input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar
Begründung	_____		
Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt			

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

2. Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt	Ort und Datum
--	---------------