

Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V

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

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

IK des Leistungserbringers														
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen		
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum Unterschrift des Therapeuten

Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen

Datum Unterschrift des Patienten

Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V

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

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

IK des Leistungserbringers														
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen		
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum	Unterschrift des Therapeuten
-------	------------------------------

1. Durchschlag zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer
--

Datum	Unterschrift des Patienten
-------	----------------------------

Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V

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

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

IK des Leistungserbringers																			
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen		
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum Unterschrift des Therapeuten

2. Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt

Datum Unterschrift des Patienten