

# Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie

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

|                   |                             |                       |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Diagnose (ICD-10) | Die Erkrankung besteht seit | T   T   M   M   J   J |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|

|                       |   |  |   |
|-----------------------|---|--|---|
| Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> wird vermieden | <input type="checkbox"/> wird verkürzt | <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar |
|-----------------------|---|--|---|

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Erklärung des Arztes</b><br>Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu |   | <b>Soziotherapeutischer Leistungserbringer</b><br>Name<br>_____<br>Anschrift<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| Datum   | Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes |  |

**Soziotherapeutischer Leistungserbringer**

Erklärung zu den Voraussetzungen der Leistungserbringung  
 Ich erkläre, dass ich die in den Empfehlungen gem. § 132 b Abs. 2 SGB V genannten Anforderungen zur soziotherapeutischen Leistungserbringung erfülle und einen Vertrag gem. § 132 b Abs. 1 SGB V geschlossen habe

**Abrechnung**

Folgende Leistungen wurden erbracht

| Datum | Leistung |
|-------|----------|
|       |          |
|       |          |
|       |          |

**Bemerkungen zur Abrechnung**

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf das Konto \_\_\_\_\_ bei der (Kreditinstitut) \_\_\_\_\_ (BLZ)

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

|   |               |   |
|---|---------------|---|
| Original bitte vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterleiten | Ort und Datum | Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers |
|---|---------------|---|

# Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie

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

|                   |                             |                       |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Diagnose (ICD-10) | Die Erkrankung besteht seit | T   T   M   M   J   J |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|

|                       |   |  |   |
|-----------------------|---|--|---|
| Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> wird vermieden | <input type="checkbox"/> wird verkürzt | <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar |
|-----------------------|---|--|---|

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Erklärung des Arztes</b><br>Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu |   | <b>Soziotherapeutischer Leistungserbringer</b><br>Name<br>_____<br>Anschrift<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| Datum   | Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes |  |

**Soziotherapeutischer Leistungserbringer**

Erklärung zu den Voraussetzungen der Leistungserbringung  
 Ich erkläre, dass ich die in den Empfehlungen gem. § 132 b Abs. 2 SGB V genannten Anforderungen zur soziotherapeutischen Leistungserbringung erfülle und einen Vertrag gem. § 132 b Abs. 1 SGB V geschlossen habe

**Abrechnung**

Folgende Leistungen wurden erbracht

| Datum | Leistung |
|-------|----------|
|       |          |
|       |          |
|       |          |

**Bemerkungen zur Abrechnung**

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf das Konto \_\_\_\_\_ bei der (Kreditinstitut) \_\_\_\_\_ (BLZ)

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

|  |               |   |
|--|---------------|---|
| 1. Durchschlag zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer | Ort und Datum | Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers |
|--|---------------|---|

# Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie

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

|                   |                             |                       |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Diagnose (ICD-10) | Die Erkrankung besteht seit | T   T   M   M   J   J |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|

|                       |   |  |   |
|-----------------------|---|--|---|
| Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> wird vermieden | <input type="checkbox"/> wird verkürzt | <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar |
|-----------------------|---|--|---|

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>Erklärung des Arztes</b></p> <p>Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu</p> |   | <p><b>Soziotherapeutischer Leistungserbringer</b></p> <p>Name</p> <p>Anschrift</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| Datum  | Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes |   |

**Soziotherapeutischer Leistungserbringer**

Erklärung zu den Voraussetzungen der Leistungserbringung

Ich erkläre, dass ich die in den Empfehlungen gem. § 132 b Abs. 2 SGB V genannten Anforderungen zur soziotherapeutischen Leistungserbringung erfülle und einen Vertrag gem. § 132 b Abs. 1 SGB V geschlossen habe

**Abrechnung**

Folgende Leistungen wurden erbracht

| Datum | Leistung |
|-------|----------|
|       |          |
|       |          |
|       |          |

**Bemerkungen zur Abrechnung**

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf das Konto \_\_\_\_\_ bei der (Kreditinstitut) \_\_\_\_\_ (BLZ)

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

|  |               |   |
|--|---------------|---|
| 2. Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt | Ort und Datum | Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers |
|--|---------------|---|