

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Diagnose
(ICD-10-Code)Schweregrad
(lt. GAF-SKALA)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

T T M M J J

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen*Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40***Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen****Angaben des Versicherten**

Straße

PLZ

Ort

Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)

Angaben des nächsten Angehörigen

Name

Straße

PLZ

Ort

Telefonnummer

Angaben zum BetreuerWurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name

Straße

PLZ

Ort

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl
der TherapieeinheitenBeantragte Anzahl der
TherapieeinheitenVoraussichtliche Dauer
der TherapieBereits durchgeführte
Leistungen**Prognose**

Krankenhausbehandlung

☐wird
vermieden☐wird
verkürzt☐ist nicht
ausführbar**Begründung****Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!**Für das Ausstellen der *Erstverordnung* ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.
Für das Ausstellen der *Folgeverordnung* ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.*Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem
soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen!***Ausfertigung für die Krankenkasse**

Datum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes