

## **Anlage 2a**

### **Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung - Vordruck-Vereinbarung Blankoformularbedruckung -**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b><u>ALLGEMEINES</u></b>	<b>5</b>
1.1	Verbindlichkeit.....	5
1.2	Beschriftung der Vordrucke .....	8
1.3	Die verwendeten Barcodes.....	9
1.4	Übersicht der eingebundenen Formulare .....	11
<b>2.</b>	<b><u>VORDRUCKMUSTER</u></b>	<b>21</b>
2.1	Muster 1/E: unbesetzt .....	21
2.2	Muster 2/E: Verordnung von Krankenhausbehandlung .....	21
2.3	Muster 3/E: Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung .....	25
2.4	Muster 4/E: Verordnung einer Krankenförderung .....	28
2.5	Muster 5/E: Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie .....	30
2.6	Muster 6/E: Überweisungsschein .....	32
2.7	Muster 7/E: Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen .....	34
2.8	Muster 8/E: Sehhilfenverordnung .....	36
2.8A	Muster 8A/E: Verordnung von vergrößernden Sehhilfen .....	38
2.9	Muster 9/E: Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes 40	
2.10	Muster 10/E: Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen .....	44
2.10A	Muster 10A/E: Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften .....	47
2.11	Muster 11/E: Bericht für den Medizinischen Dienst.....	49
2.12	Muster 12/E: Verordnung häuslicher Krankenpflege .....	51
2.13	Muster 13/E: Heilmittelverordnung .....	57
2.14	Muster 14/E: unbesetzt .....	60
2.15	Muster 15/E: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe .....	60
2.16	Muster 16: Arzneiverordnungsblatt.....	63
2.17	Muster 17/E und 2.18 Muster 18/E: unbesetzt .....	64

2.19	Muster 19/E: Notfall-/Vertretungsschein .....	64
2.20	Muster 20/E: Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan) .....	68
2.21	Muster 21/E: Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes .....	73
2.22	Muster 22/E: Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie.....	75
2.23	Muster 23/E und 2.24 Muster 24/E: unbesetzt .....	80
2.25	Muster 25/E: Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V .....	80
2.26	Muster 26/E: Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V .....	82
2.27	Muster 27/E: Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V .....	86
2.28	Muster 28/E: Verordnung bei Überweisung zur Indikations-stellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten .....	90
2.29	Muster 29/E bis 2.35 Muster 35/E: unbesetzt.....	94
2.36	Muster 36/E: Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V .....	94
2.37	Muster 37/E und 2.38 Muster 38/§: unbesetzt.....	95
2.39	Muster 39/E: Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom .....	96
2.40	Muster 40/E bis 2.49 Muster 49/E: unbesetzt.....	99
2.50	Muster 50/E: Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Kasse .....	99
2.51	Muster 51/E: Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers.....	101
2.52	Muster 52/E: Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit ..	103
2.53	Muster 53/E: Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeiten .....	105
2.54	Muster 54/E: unbesetzt .....	107
2.55	Muster 55/E: Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V .....	107
2.56	Muster 56/E: Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining .....	109
2.57	Muster 57/E bis 2.60 Muster 60/E: unbesetzt.....	112
2.61	Muster 61/E Teil A: Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers Teil B bis E: Verordnung von medizinischer Rehabilitation .....	113
2.62A	Muster 62A/E: Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA .....	124
2.62B	Muster 62B/E: Verordnung außerklinische Intensivpflege .....	128

2.62C	Muster 62C/E: Behandlungsplan .....	133
2.63	Muster 63/E: Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) .....	137
2.64	Muster 64/E: Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V .....	143
2.65	Muster 65/E: Ärztliches Attest Kind .....	148
2.66	Muster 66/E bis 2.69 Muster 69/E: unbesetzt .....	151
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 .....	151
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 .....	154
2.71	Muster 71/E bis 2.99A Muster 99A/E: unbesetzt .....	157
<b>3.</b>	<b><u>INKRAFTTRETEN UND SCHLUSSVORSCHRIFTEN</u></b> .....	<b>158</b>
3.1	Inkrafttreten .....	158
3.2	Kündigung .....	158
3.3	Anpassung an geänderte Verhältnisse .....	158
<b>4.</b>	<b><u>PROTOKOLLNOTIZEN</u></b> .....	<b>159</b>

# **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 Ur-schriften 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:

Das Diagramm zeigt das Personalienfeld mit folgenden Abmessungen und Feldern:

- 5 mm** Papierrand (oben)
- 9 mm** Papierrand (links)
- 47 mm** Gesamthöhe des Felds
- 80 mm** Gesamtbreite des Felds

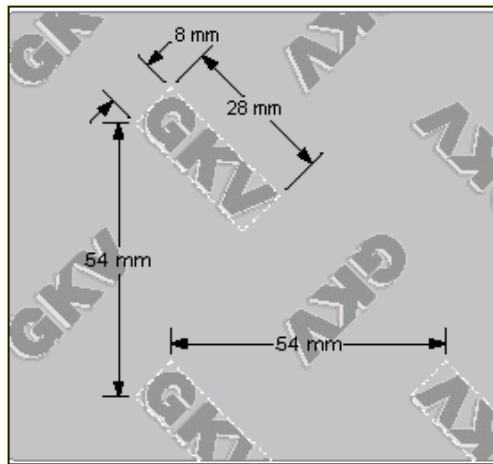
Die Felder sind wie folgt unterteilt:

- Krankenkasse bzw. Kostenträger** (10 mm hoch)
- Name, Vorname des Versicherten** (20 mm hoch)
- geb. am** (8,5 mm hoch)
- Kostenträgerkennung** (8,5 mm hoch)
- Versicherten-Nr.** (8,5 mm hoch)
- Status** (8,5 mm hoch)
- Betriebsstätten-Nr.** (8,5 mm hoch)
- Arzt-Nr.** (8,5 mm hoch)
- Datum** (8,5 mm hoch)

Die Breite der Felder ist wie folgt unterteilt:

- 28 mm** (Krankenkasse bzw. Kostenträger)
- 33 mm** (Name, Vorname des Versicherten)
- 19 mm** (geb. am)
- 28 mm** (Kostenträgerkennung)
- 28 mm** (Versicherten-Nr.)
- 24 mm** (Status)
- 28 mm** (Betriebsstätten-Nr.)
- 28 mm** (Arzt-Nr.)
- 24 mm** (Datum)

- 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/m<sup>2</sup> 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. Für die Versorgung von Anspruchsberechtigten der sonstigen Kostenträger darf das Sicherheitspapier nur eingesetzt werden, wenn diese Nutzung von den Vertragspartnern genehmigt ist. Die Beschaffung von Sicherheitspapier erfolgt in diesen Fällen zu Lasten des sonstigen Kostenträgers. Andere Verwendungen (z.B. bei Verordnungen im Rahmen der 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**

<b>Feldbezeichnung</b>
------------------------

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

<b><i>Feldbezeichnung</i></b>
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)

<b>Nr.</b>	<b>Formularname</b>	<b>Bemerkungen</b>	<b>Bfb-version</b>	<b>Barcode-Typ</b>
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 9a.1/E	Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes	Für die Krankenkasse	Ja	3

<b>Nr.</b>	<b>Formularname</b>	<b>Bemerkungen</b>	<b>Bfb-version</b>	<b>Barcode-Typ</b>
Muster 9a.2/E	Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes	Für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 9b/E	Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes	Für den Arbeitgeber	Ja	0
Muster 10/E	Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen	Der Barcode kann optional eine Anforderungs-ID enthalten	Ja	3
Muster 10L/E	Überweisungsschein für invitro-diagnostische Auftragsleistungen	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 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

<b>Nr.</b>	<b>Formularname</b>	<b>Bemerkungen</b>	<b>Bfb-version</b>	<b>Barcode-Typ</b>
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

<b>Nr.</b>	<b>Formularname</b>	<b>Bemerkungen</b>	<b>Bfb-version</b>	<b>Barcode-Typ</b>
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



<b>Nr.</b>	<b>Formularname</b>	<b>Bemerkungen</b>	<b>Bfb-version</b>	<b>Barcode-Typ</b>
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-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	0
Muster 61Db/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt	Ja	0
Muster 61Ea/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Original für die Krankenkasse	Ja	1

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
Muster 61Eb/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt	Ja	0
Muster 62Aa/E	Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 62Ab/E	Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA	Ausfertigung für den verordnenden Arzt	Ja	0
Muster 62Ac/E	Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA	Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt	Ja	0“
Muster 62Ba1/E	Verordnung außerklinische Intensivpflege	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 62Ba2/E	Verordnung außerklinische Intensivpflege	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 62Bb/E	Verordnung außerklinische Intensivpflege	Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I	Ja	0
Muster 62Bc/E	Verordnung außerklinische Intensivpflege	Ausfertigung für den verordnenden Arzt	Ja	0
Muster 62Ca/E	Behandlungsplan	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 62Cb/E	Behandlungsplan	Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I	Ja	0
Muster 62Cc/E	Behandlungsplan	Ausfertigung für den verordnenden Arzt	Ja	0
Muster 63a.1/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für die Krankenkasse	Ja	1

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
Muster 63a.2/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 63b/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für den spezialisierten Leistungserbringer	Ja	1
Muster 63c/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für den spezialisierten Leistungserbringer – der Abrechnung beizufügen	Ja	1
Muster 63d/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Ausfertigung 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
Muster 66/E-69/E	unbesetzt			
Muster 70a/E	Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	Original nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt	Ja	1

<b>Nr.</b>	<b>Formularname</b>	<b>Bemerkungen</b>	<b>Bfb-version</b>	<b>Barcode-Typ</b>
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

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</div>			<b>Verordnung von Krankenhausbehandlung</b> <span style="float: right;">27</span> <small>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</small>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</div>			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung <input type="checkbox"/> Notfall	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: right;">geb. am</div>			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser</div>	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	

**Diagnose**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.

Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.

Vom Krankenhaus auszufüllen:

Krankenhausaufnahme erfolgt(e) am  
(Tag)

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.  
 Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Muster 2a/E (10.2014)  
 KBV-PRF.NR.

Original: DIN A5 hoch

## 2.2.9 Muster 2b/E

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</div>			<b>Verordnung von Krankenhausbehandlung</b> <span style="float: right;">27</span> <small>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</small>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</div>			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung <input type="checkbox"/> Notfall	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: right;">geb. am</div>			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Kostenträgerkennung</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Versicherten-Nr.</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Status</div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Arzt-Nr.</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Datum</div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Diagnose</div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; height: 100px;">           Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser         </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes         </div>				

**Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!**

Untersuchungsergebnisse <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Mitgegebene Befunde <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>

Dieses Formular wurde mittels Lesendrucker in der Arztpraxis erzeugt.  
 Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Muster 2b/E (10.2014)  
 KBV-PRF.NR.

**Ausfertigung für den Krankenhausarzt ! Vertraulich!**

Original: DIN A5 hoch

## 2.2.10 Muster 2c/E

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</div>			<b>Verordnung von Krankenhausbehandlung</b> <span style="float: right;">27</span> <small>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</small>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</div>			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung <input type="checkbox"/> Notfall	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: right;">geb. am</div>			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Kostenträgerkennung</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Versicherten-Nr.</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Status</div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Arzt-Nr.</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Datum</div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Diagnose</div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; height: 100px;">           Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser         </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes         </div>				

**Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!**

Untersuchungsergebnisse

---

---

---

---

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)

---

---

---

---

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)

---

---

---

---

Mitgegebene Befunde

---

---

---

---

Dieses Formular wurde mittels Lesendrucker in der Arztpraxis erzeugt.  
 Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Muster 2c/E (10.2014)  
 KBV-PRF.NR.

**Ausfertigung für den überweisenden Arzt**

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

## 2.3.7 Muster 3a/E

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</div>		<b>Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">Ausfertigung für die Krankenkasse</div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">geb. am</div>			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum

Zum Nachweis gegenüber der Krankenkasse  
(Beantragung von Mutterschaftsgeld) bescheinige ich,  
dass die oben bezeichnete Versicherte  
voraussichtlich entbinden wird am \_\_\_\_\_

Die Bescheinigung erteile ich auf Grund der  
von mir vorgenommenen Untersuchung am \_\_\_\_\_

Ggf. besondere Feststellungen  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Vor der Weitergabe des Vordrucks an die Krankenkasse von der Versicherten auszufüllen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Geldinstitut \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

**Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

Ich bin derzeit \_\_\_\_\_ gekündigt / befristet zum \_\_\_\_\_

☐ beschäftigt, bei \_\_\_\_\_  
Anschrift des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

☐ selbständig \_\_\_\_\_

☐ arbeitslos \_\_\_\_\_

☐ Künstlerin / Publizistin \_\_\_\_\_

**Erklärung:**  
 Änderungen meiner Angaben teile ich der Krankenkasse umgehend mit.  
 Sofern sich der mutmaßliche Entbindungstermin verschiebt, informiere ich  
 meine Krankenkasse und meinen Arbeitgeber bzw. die Agentur für Arbeit.

Datum \_\_\_\_\_  

Unterschrift der Versicherten

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.  
 Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRFNR  
 Muster 3a/E (10.2014)

Original: DIN A5 hoch

## 2.3.8 Muster 3b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung</b>  <b>3</b>	<b>Ausfertigung für die Versicherte</b> (z.B. zur Vorlage beim Arbeitgeber)
Name, Vorname des Versicherten  <div style="text-align: right;">geb. am</div>			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.  Datum		
<p>Hiermit bescheinige ich, dass die oben bezeichnete Versicherte voraussichtlich entbinden wird am _____</p> <p>Die Bescheinigung erteile ich auf Grund der von mir vorgenommenen Untersuchung am _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">         Ggf. besondere Feststellungen   <hr/>  <hr/>  <hr/> </div>			<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> <div>           Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.            Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.         </div> <div>           KBV-PRFNR            Muster 3b/E (10.2014)         </div> </div>			

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

## 2.4.7 Muster 4/E

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Krankenkasse bzw. Kostenträger</span> <span>geb. am</span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Name, Vorname des Versicherten</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Krankheitsbekennung</span> <span>Versicherten-Nr.</span> <span>Status</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Schwerstärken-Nr.</span> <span>Arzt-Nr.</span> <span>Datum</span> </div> </div>	<p><b>Verordnung einer 4 Krankenförderung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)</p> <p><input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt</p>	<p><b>Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!</b></p> <p><b>Bestätigung durch den Versicherten</b></p> <p>Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Datum</th> <th>Fahrtstrecke (von ... nach)</th> <th>Hinfahrt</th> <th>Rückfahrt</th> <th>Unterschrift des Versicherten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td>von</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td rowspan="2"> </td></tr> <tr><td> </td><td>nach</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td>von</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td rowspan="2"> </td></tr> <tr><td> </td><td>nach</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td>von</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td rowspan="2"> </td></tr> <tr><td> </td><td>nach</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td>von</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td rowspan="2"> </td></tr> <tr><td> </td><td>nach</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td>von</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td rowspan="2"> </td></tr> <tr><td> </td><td>nach</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td>von</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td rowspan="2"> </td></tr> <tr><td> </td><td>nach</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td>von</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td rowspan="2"> </td></tr> <tr><td> </td><td>nach</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td>von</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td rowspan="2"> </td></tr> <tr><td> </td><td>nach</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td>von</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td rowspan="2"> </td></tr> <tr><td> </td><td>nach</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten		von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten																																																																																				
	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
<p><b>1. Grund der Beförderung</b></p> <p><b>Genehmigungsfreie Fahrten</b></p> <p>a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung</p> <p>b) <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)</p> <p>c) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:</p> <p><b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</b></p> <p>d) <input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)</p> <p>e) <input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)</p> <p>f) <input type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)</p>																																																																																								
<p><b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b></p> <p>vom/am _____ / _____ x pro Woche, bis voraussichtlich _____</p> <p>Behandlungsstätte (Name, Ort) _____</p>																																																																																								
<p><b>3. Art und Ausstattung der Beförderung</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen  <input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____  <input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Rollstuhl  <input type="checkbox"/> Tragestuhl  <input type="checkbox"/> liegend         </div> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>																																																																																								
<p><b>4. Begründung/Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartzeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>																																																																																								
<p><b>Bestätigung des Transporteurs</b></p> <p>Die Krankenförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.</p> <p>Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenförderung wurde vorgelegt (Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Datum _____</p> <p style="text-align: right;">Stempel/Unterschrift des Transporteurs</p>																																																																																								
<p><b>Abrechnungsdaten des Transporteurs</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>IK des Transporteurs</td> <td>Belegnummer</td> <td>Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td>Rechnungsnummer</td> <td>Zuzahlung</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Positionsnummer</td> <td>Anzahl km</td> <td>Positionsnummer</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Anzahl km</td> </tr> </table>			IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto	Rechnungsnummer	Zuzahlung		Positionsnummer	Anzahl km	Positionsnummer			Anzahl km																																																																										
IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto																																																																																						
Rechnungsnummer	Zuzahlung																																																																																							
Positionsnummer	Anzahl km	Positionsnummer																																																																																						
		Anzahl km																																																																																						

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRFNR: Muster 4/E (7/2020)

Original: DIN A4 quer

## 2.4.8 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 Personalfeld 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.

## 2.5.4 Muster 5/E

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">geb. am</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <div>Kostenträgerkennung</div> <div>Versicherten-Nr.</div> <div>Status</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div>Betriebsstätten-Nr.</div> <div>Arzt-Nr.</div> <div>Datum</div> </div> </div> <div style="width: 50%;"> <h3 style="margin: 0;">Abrechnungsschein</h3> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> ambulante Behandlung</div> <div><input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung</div> <div><input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie</div> <div><input type="checkbox"/> anerkannte Psychotherapie</div> </div> <p style="margin: 0;">Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="margin: 0;">Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> </div> </div>																																																					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Mon.</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Mon.</td> <td style="width: 40%;"></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> <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> <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> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				Tag	Mon.	Tag	Mon.																																														
Tag	Mon.	Tag	Mon.																																																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> <div>Tag</div> <div>Monat</div> <div>Tag</div> <div>Monat</div> </div> <div style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;"> <div>Datum</div> <div>Unterschrift</div> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div> </div> </td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> </td> </tr> </table>				<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> <div>Tag</div> <div>Monat</div> <div>Tag</div> <div>Monat</div> </div> <div style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;"> <div>Datum</div> <div>Unterschrift</div> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div> </div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>																																															
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> <div>Tag</div> <div>Monat</div> <div>Tag</div> <div>Monat</div> </div> <div style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;"> <div>Datum</div> <div>Unterschrift</div> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div> </div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>																																																			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div>Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufsunfällen und Schülerunfällen</div> <div>Muster 5/E (10.2014) KBV-PRF.NR.</div> </div>																																																					

Original: DIN A 5 quer

## 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

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <hr/> <p>Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span></p> <hr/> <p>Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status</p> <hr/> <p>Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum</p> </div>	<div style="text-align: right; font-weight: bold;">06BF</div> <div style="text-align: right; font-size: small;">Quartal</div> <h3 style="text-align: center;">Überweisungsschein</h3> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Kurativ    <input type="checkbox"/> Präventiv    <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V         </div> <div> <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen         </div> <div>             Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 _____         </div> <div> <input type="checkbox"/> Geschlecht         </div> </div> <p>Überweisung an _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen         </div> <div> <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung         </div> <div> <input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung         </div> </div> <p style="text-align: right;">AU bis _____</p> <div> <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V         </div>
<p>Diagnose/Verdachtsdiagnose</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Befund/Medikation</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Auftrag</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <div style="font-size: x-small; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div>	
Muster 6/E (10.2019)      PRF. NR.	

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### Überweisung

7

**Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur  
Abklärung somatischer Ursachen**  
**Diagnosen/Indikation zur Psychotherapie:**

**Information für den Arzt:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Der Konsiliarbericht ist dem Psychologischen Psychotherapeuten  
oder Kinder- und Jugendlichentherapeuten möglichst zeitnah,  
spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.*

Ausstellungsdatum

\_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

KBV-PRF-NR.  
Muster 7/E (10.2014)

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>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____</p> <p>Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____</p> <p>Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____</p> <p><b>Befund:</b> Änderung um mindestens 0,5 Dioptrien ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn nein, wird eine Verbesserung der Sehschärfe um mindestens 20% erzielt? ja <input type="checkbox"/></p> <p><b>Menge und Art der Verordnung:</b> _____</p> <p>Diagnose/Begründung: _____</p>	<p><b>Sehhilfenverordnung</b></p> <p>IK des Leistungserbringers _____</p> <p>Rechnungsnummer _____</p> <p>Belegnummer _____</p> <p>Erstversorgung <input type="checkbox"/> Folgeversorgung <input type="checkbox"/></p> <p>Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG) <input type="checkbox"/></p> <p>Sehbehinderung mindestens WHO 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Reparatur <input type="checkbox"/> Ersatz <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Erklärung des Versicherten</b> (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)</p> <p>Ich erkläre, <input type="checkbox"/> dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe</p> <p><input type="checkbox"/> dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist</p> <p>Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____</p>
<p><b>Entscheidung der Krankenkasse</b></p> <p>Die Kosten werden übernommen</p> <p><input type="checkbox"/> in Höhe des geltenden Festbetrages</p> <p><input type="checkbox"/> in Höhe von _____ Euro</p> <p>Datum _____</p> <p>Stempel der Krankenkasse und Unterschrift _____</p>		
<p><b>Empfangsbestätigung</b></p> <p>_____ Glas / Gläser bzw. Kontaktlinsen</p> <p>Sonstiges: _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname) _____</p>		
<p><b>Bescheinigung des Leistungserbringers</b></p> <p>Die Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst.</p> <p>Ich versichere, dass die gelieferte Sehhilfe der Verordnung entspricht.</p> <p>Datum _____</p> <p>Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers _____</p>		
<p><b>Zur Beachtung für den Versicherten</b></p> <p>Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag.</p> <p>Die <b>Lieferung anderer Ware</b> anstelle der verordneten Sehhilfen ist <b>nicht gestattet</b>.</p>		

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.  
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF NR  
Muster 8/E (10.2014)

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

[illegible]

## 2.9 Muster 9/E: Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes

(Stand: 01.2026)

- 2.9.1 Für die ärztliche Bescheinigung zur Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Fehl- und Frühgeburten oder Behinderung des Kindes sind Muster 9a.1/E bis 9b/E gemäß der in Kapitel 2.9.7 bis 2.9.9 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.9.2 Die Muster 9a.1/E bis 9b/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format hoch zu erstellen.
- 2.9.3 Das Muster 9a.1/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 9a.1/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes</b>	<b>9</b>
Name, Vorname des Versicherten				
geb. am				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		

**1. Fehlgeburt am** \_\_\_\_\_

Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der

☐ 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)

☐ 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)

☐ 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)

(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

**2. Frühgeburt am** \_\_\_\_\_

☐ a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm

☐ b) Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, es besteht jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen oder verfrühter Beendigung der Schwangerschaft

**3. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX**

☐ Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor

(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.
 PRF.NR.  
Muster 9a.1/E (1.2026)

Original: DIN A5 hoch

## 2.9.8 Muster 9a.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Hiermit beantrage ich die Auszahlung von Mutterschaftsgeld bzw. die Verlängerung der Schutzfrist aufgrund der Behinderung meines Kindes**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_ Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person) \_\_\_\_\_

**Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

Ich bin derzeit

☐ beschäftigt  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_ gekündigt/befristet zum \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

☐ arbeitslos

☐ selbständig

☐ Künstlerin/Publizistin

**Erklärung**

Im Fall einer Fehlgeburt erkläre ich, dass ich meinen Arbeitgeber bzw. die Bundesagentur für Arbeit über die Fehlgeburt informiert habe. Wenn ich meine Beschäftigung/Tätigkeit vor dem Ende der Schutzfrist wieder aufnehme, teile ich dies der Krankenkasse umgehend mit.


Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Versicherten

PRF.NR.  
Muster 9a.2/E (1.2026)

Original: DIN A5 hoch

## 2.9.9 Muster 9b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Bescheinigung einer Fehlgeburt</b>		<b>9</b>
Name, Vorname des Versicherten			geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.				
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			

**1. Fehlgeburt am** \_\_\_\_\_

Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der

☐ 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)

☐ 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)

☐ 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)

**Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber**

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

PRENUR  
Muster 9b/E (1.2026)

Original: DIN A5 hoch

- 2.10      **Muster 10/E:**  
**Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische**  
**Auftragsleistungen**  
(Stand: 40.2024)
- 2.10.1    Als Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen 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 kodierte.  
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

<b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b> Name, Vorname des Versicherten geb. am _____		<b>Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen</b>		<b>10BF</b> 
Kostenträgerbezeichnung    Versicherten-Nr.    Status		<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen		Knappschafts-kennziffer _____    Quartal _____
Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum		<b>Auftragsnummer des Labors</b> <b>Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!</b>		Geschlecht <input type="checkbox"/>
Eintrag nur bei Weiterüberweisung! Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers    Arzt-Nr. des Erstveranlassers		Abnahmedatum _____    Abnahmezeit _____		<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung bekannte Infektion <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V
<input type="checkbox"/> Befund erteilt, Übermittlung an <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax Nr. _____		SSW _____		<input type="checkbox"/> SER <input type="checkbox"/> Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch
Diagnose/Verdachtsdiagnose _____ _____ _____				
Befund/Medikation _____ _____ _____				
Auftrag _____ _____ _____				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><small>Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schlägerunfällen</small></span> <span><small>Muster 10/E (4.2024)</small></span> <span><small>PRF. NR. _____</small></span> </div>				

Original: DIN A5 quer

## 2.10.8 Muster 10L/E

Krankenträger bzw. Kostenträger			<b>Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen</b>		<b>10L</b>
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen		Knappschafts-kennziffer
geb. am			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Auftragsnummer des Labors</b>            Hier bitte sorgfältig  <b>Barcode-Etikett einkleben!</b> </div>		Quartal
Krankenträgerbezeichnung	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung bekannte Infektion		Geschlecht
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> SER		eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V
<b>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</b> Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers    Arzt-Nr. des Erstveranlassers			Abnahmedatum	Abnahmezeit	<input type="checkbox"/> Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch
<input type="checkbox"/> Befund erteilt, Übermittlung an <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax Nr. _____			SSW		
Diagnose/Verdachtsdiagnose, Befund/Medikation, Auftrag					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen</span> <span>Muster 10L/E (4.2024)</span> <span>PRE. NR. _____</span> </div>					

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 Labor-  
gemeinschaften 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

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div>		<b>Anforderungsschein für Laboratoriums- untersuchungen bei Laborgemeinschaften</b>		<b>10ABF</b> 
Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum		<div style="border: 2px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>		<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen Knappschafts-kennziffer    Geschlecht    SSW
Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen		Abnahmedatum    Abnahmezeit		

<input type="checkbox"/> Befund eilt	1	<b>Serum / Plasma / Vollblut</b>				<b>Urin</b>			
<input type="checkbox"/> EDTA-Blut		<input type="checkbox"/> alkalische Phosphatase	13	<input type="checkbox"/> Gamma GT	27	<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	42	<input type="checkbox"/> Status	55
<input type="checkbox"/> großes Blutbild	2	<input type="checkbox"/> Amylase	14	<input type="checkbox"/> Glukose	28	<input type="checkbox"/> Lipase	43	<input type="checkbox"/> Mikroalbumin	56
<input type="checkbox"/> kleines Blutbild	3	<input type="checkbox"/> ASL	15	<input type="checkbox"/> GOT / ASAT	29	<input type="checkbox"/> Natrium	44	<input type="checkbox"/> Glukose	58
<input type="checkbox"/> HbA1c	4	<input type="checkbox"/> Bilirubin direkt	16	<input type="checkbox"/> GPT / ALAT	30	<input type="checkbox"/> OP-Vorbereitung (32125)	45	<input type="checkbox"/> Sediment	60
<input type="checkbox"/> Retikulozyten	5	<input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt	17	<input type="checkbox"/> Harnsäure	31	<input type="checkbox"/> Phosphat, anorg.	46	<b>Citrat-Blut</b>	
<input type="checkbox"/> Blutsenkung	6	<input type="checkbox"/> Calcium	18	<input type="checkbox"/> Harnstoff	32	<input type="checkbox"/> Transferrin	47	<input type="checkbox"/> Quick	8
<b>Gesundheits-untersuchungen</b>		<input type="checkbox"/> Cholesterin	19	<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	34	<input type="checkbox"/> Triglyceride	48	<input type="checkbox"/> Quick unter Marcumar-Therapie	9
<input type="checkbox"/> Harnstreifentest (32880)	62	<input type="checkbox"/> Cholinesterase	20	<input type="checkbox"/> IgA	35	<input type="checkbox"/> TSH	49	<input type="checkbox"/> Thrombinzeit	10
<input type="checkbox"/> Nüchternplasma-glukose (32881)	63	<input type="checkbox"/> CK	21	<input type="checkbox"/> IgG	36	<b>Glukose-Profil</b>		<input type="checkbox"/> PTT	11
<input type="checkbox"/> Lipidprofil (32882)	64	<input type="checkbox"/> CRP	23	<input type="checkbox"/> IgM	37	<input type="checkbox"/> Glukose 1	51	<input type="checkbox"/> Sonstiges	61
		<input type="checkbox"/> Eisen	24	<input type="checkbox"/> Kalium	38	<input type="checkbox"/> Glukose 2	52		
		<input type="checkbox"/> Eiweiß Elektrophorese	25	<input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance	40	<input type="checkbox"/> Glukose 3	53		
		<input type="checkbox"/> Eiweiß gesamt	26	<input type="checkbox"/> LDH	41	<input type="checkbox"/> Glukose 4	54		

Muster 10A/E (10.2020)    PRE. NR.

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

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	<b>11</b>
--------------------------------	---------------------	------------------	-----------

**Bericht für den Medizinischen Dienst**

Der behandelnde Arzt wird gebeten, den nachstehenden Berichtsvordruck auszufüllen und Röntgen-, Labor- und andere Spezialbefunde sowie Krankenhausberichte und dergleichen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung zu stellen. Dieser Vordruck ist dann nicht auszufüllen, wenn spätestens am Tage der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst die Arbeitsunfähigkeit beendet ist.

Datum der letzten Untersuchung \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Befunde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitbehandlung ☐ nein ☐ ja, im Fachbereich \_\_\_\_\_

Es droht ☐ eine Verschlimmerung des Leidens oder ☐ Behinderung

Besondere Hinweise \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Patientin / Patient kann den Medizinischen Dienst nicht aufsuchen, weil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eine Begutachtung ist voraussichtlich nach   Tagen / Wochen möglich. (Nichtzutreffendes streichen)

Arbeitsfähig ab \_\_\_\_\_

Voraussichtlich arbeitsfähig ab \_\_\_\_\_

Folgendes ist mit der Bitte um Rückgabe beigelegt:

☐ Röntgen-befund ☐ Ultraschall-befund ☐ EKG-befund

☐ Labor-befund ☐ Arzt- oder Krankenhausbericht

Sonstiges \_\_\_\_\_

Für den Bericht des Arztes ist die  
Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.  
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KEV-PRF NR.  
Muster 11/E (1.2015)

Original: DIN A5 hoch

## 2.12 Muster 12/E: Verordnung häuslicher Krankenpflege

(Stand: .2024)

- 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

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b>          Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____          Kosten träger-ken-nung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____          Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____       </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input type="checkbox"/> Erstver- ordnung <input type="checkbox"/> Folgever- ordnung <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> SER         </div> <div style="width: 60%;"> <b>Verordnung häuslicher Krankenpflege 127</b>          Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code) _____          Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen  <i>(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)</i> _____          _____          Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer          vom _____ bis _____       </div> </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="5" style="background-color: black; color: white;">Behandlungspflege</th> </tr> <tr> <td colspan="5"> <b>Medikamentengabe,</b>  <i>Präparate</i> _____         </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4">Herrichten der Medikamentenbox</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4">Medikamentengabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>injektionen</td> <td>herrichten</td> <td>intramuskulär</td> <td colspan="2">subkutan</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>Blutzuckermessung</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Erst- oder Neueinstellung <i>(max. 4 Wochen und max. 5x täglich)</i></td> <td colspan="2">bei intensivierter Insulintherapie</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>Kompressionsbehandlung</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kompressionsstrümpfe anziehen</td> <td>rechts</td> <td>links</td> <td colspan="2">beidseits</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kompressionsverbände anlegen</td> <td colspan="2">Kompressionsstrümpfe ausziehen</td> <td colspan="2">Kompressionsverbände abnehmen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>stützende und stabilisierende Verbände, Art _____</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>Wundversorgung</b></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Wundart _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Lokalisation _____</td> <td colspan="2">aktuelle Größe <i>(Länge, Breite, Tiefe)</i> _____</td> <td>aktueller Grad _____</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Präparate, Verbandmaterialien _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wundversorgung akut</td> <td colspan="4">Wundversorgung chronisch</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege</b></td> </tr> <tr> <td colspan="5">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Anleitung zur Behandlungspflege für Patient, Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl _____</td> </tr> <tr> <td colspan="5">_____</td> </tr> <tr> <th colspan="5" style="background-color: black; color: white;">Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V</td> <td colspan="4">Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Grundpflege</td> <td colspan="4">hauswirtschaftliche Versorgung</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>Weitere Hinweise</b> _____</td> </tr> <tr> <td colspan="5">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="5">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Ausfertigung für die Krankenkasse</div>         Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.       </td> </tr> </table>	Behandlungspflege					<b>Medikamentengabe,</b> <i>Präparate</i> _____					<input type="checkbox"/>	Herrichten der Medikamentenbox				<input type="checkbox"/>	Medikamentengabe				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	injektionen	herrichten	intramuskulär	subkutan		<b>Blutzuckermessung</b>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Erst- oder Neueinstellung <i>(max. 4 Wochen und max. 5x täglich)</i>	bei intensivierter Insulintherapie				<b>Kompressionsbehandlung</b>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Kompressionsstrümpfe anziehen	rechts	links	beidseits		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Kompressionsverbände anlegen	Kompressionsstrümpfe ausziehen		Kompressionsverbände abnehmen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				stützende und stabilisierende Verbände, Art _____					<b>Wundversorgung</b>					Wundart _____					Lokalisation _____		aktuelle Größe <i>(Länge, Breite, Tiefe)</i> _____		aktueller Grad _____	Präparate, Verbandmaterialien _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Wundversorgung akut	Wundversorgung chronisch				<b>Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege</b>					_____					Anleitung zur Behandlungspflege für Patient, Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl _____					_____					Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V	Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Grundpflege	hauswirtschaftliche Versorgung				<b>Weitere Hinweise</b> _____					_____					_____					<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Ausfertigung für die Krankenkasse</div> Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.				
Behandlungspflege																																																																																																																																																																																
<b>Medikamentengabe,</b> <i>Präparate</i> _____																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/>	Herrichten der Medikamentenbox																																																																																																																																																																															
<input type="checkbox"/>	Medikamentengabe																																																																																																																																																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																												
injektionen	herrichten	intramuskulär	subkutan																																																																																																																																																																													
<b>Blutzuckermessung</b>																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																													
Erst- oder Neueinstellung <i>(max. 4 Wochen und max. 5x täglich)</i>	bei intensivierter Insulintherapie																																																																																																																																																																															
<b>Kompressionsbehandlung</b>																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																													
Kompressionsstrümpfe anziehen	rechts	links	beidseits																																																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																													
Kompressionsverbände anlegen	Kompressionsstrümpfe ausziehen		Kompressionsverbände abnehmen																																																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																															
stützende und stabilisierende Verbände, Art _____																																																																																																																																																																																
<b>Wundversorgung</b>																																																																																																																																																																																
Wundart _____																																																																																																																																																																																
Lokalisation _____		aktuelle Größe <i>(Länge, Breite, Tiefe)</i> _____		aktueller Grad _____																																																																																																																																																																												
Präparate, Verbandmaterialien _____																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																															
Wundversorgung akut	Wundversorgung chronisch																																																																																																																																																																															
<b>Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege</b>																																																																																																																																																																																
_____																																																																																																																																																																																
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient, Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl _____																																																																																																																																																																																
_____																																																																																																																																																																																
Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																															
Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V	Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V																																																																																																																																																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																															
Grundpflege	hauswirtschaftliche Versorgung																																																																																																																																																																															
<b>Weitere Hinweise</b> _____																																																																																																																																																																																
_____																																																																																																																																																																																
_____																																																																																																																																																																																
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Ausfertigung für die Krankenkasse</div> Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.																																																																																																																																																																																

PRF-NR.  
Muster 12a.1/E (7.2024)

Vertragstempel / Unterschrift des Arztes

Original: DIN A4 hoch

## 2.12.9 Muster 12a.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-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 Schule, Kindergarten  
☐ in einer betreuten Wohnform

☐ in einer Werkstatt für behinderte Menschen  
☐ in einer Wohngemeinschaft  
☐ 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	
	tgl.	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 \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen Pflegedienst \_\_\_\_\_ Beschäftigtennummer der Pflegefachkraft \_\_\_\_\_

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name) \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Pflegedienstes \_\_\_\_\_ Fax-Nr. des Pflegedienstes \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

PRF.NR.  
Muster 12a.2/E (7.2024)

Original: DIN A4 hoch

## 2.12.10 Muster 12b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger				<b>Verordnung häuslicher Krankenpflege 12</b>	
Name, Vorname des Versicherten				geb. am	
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum	
<input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> SER				Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen <i>(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)</i>	
Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer				vom _____ bis _____	
<b>Behandlungspflege</b>					
<b>Medikamentengabe, Präparate</b> _____					
<input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox <input type="checkbox"/> Medikamentengabe <input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan					
<b>Blutzuckermessung</b> <input type="checkbox"/> Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) <input type="checkbox"/> bei intensiver Insulintherapie					
<b>Kompressionsbehandlung</b> <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen <input type="checkbox"/> Kompressionsverbände anlegen <input type="checkbox"/> Kompressionsverbände abnehmen <input type="checkbox"/> stützende und stabilisierende Verbände, Art _____					
<b>Wundversorgung</b> Wundart _____ Lokalisation _____            aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) _____            aktueller Grad _____ Präparate, Verbandmaterialien _____					
<input type="checkbox"/> Wundversorgung akut <input type="checkbox"/> Wundversorgung chronisch					
<b>Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege</b> _____ _____					
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)    Anzahl _____					
<b>Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung</b>					
<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					
<b>Weitere Hinweise</b> _____ _____ _____					
<b>Ausfertigung für den Pflegedienst</b>				Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.	
				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Original: DIN A4 hoch

## 2.12.11 Muster 12c/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="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span><input type="checkbox"/> Erstverordnung</span> <span><input type="checkbox"/> Folgeverordnung</span> <span><input type="checkbox"/> Unfall</span> <span><input type="checkbox"/> SER</span> </div>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">Verordnung häuslicher Krankenpflege 12</h3> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)</p> <p>Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)</p> <p>Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer</p> <p>vom _____ bis _____</p>															
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten																															
		geb. am																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																													
<b>Behandlungspflege</b>																															
<b>Medikamentengabe, Präparate</b>																															
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox  <input type="checkbox"/> Medikamentengabe  <input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan  <b>Blutzuckermessung</b>  <input type="checkbox"/> Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) <input type="checkbox"/> bei intensiver Insulintherapie  <b>Kompressionsbehandlung</b>  <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"/> stützende und stabilisierende Verbände, Art _____         </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="5">Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung</th> </tr> <tr> <th colspan="3">Häufigkeit</th> <th colspan="2">Dauer (TTMM)</th> </tr> <tr> <th>tgl.</th> <th>wtl.</th> <th>mtl.</th> <th>vom</th> <th>bis</th> </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> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> </div>		Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung					Häufigkeit			Dauer (TTMM)		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis															
Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung																															
Häufigkeit			Dauer (TTMM)																												
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																											
<b>Wundversorgung</b> Wundart _____ Lokalisation _____ aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) _____ aktueller Grad _____ Präparate, Verbandmaterialien _____ <input type="checkbox"/> Wundversorgung akut <input type="checkbox"/> Wundversorgung chronisch																															
<b>Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege</b> _____ _____ Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl _____																															
<b>Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung</b>																															
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <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         </div> <div style="width: 55%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> <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> </table> </div> </div>		Häufigkeit			Dauer		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																				
Häufigkeit			Dauer																												
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																											
<b>Weitere Hinweise</b> _____ _____ _____																															
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Ausfertigung für den Vertragsarzt</div> <div style="font-size: small; margin-top: 5px;">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</div>																															
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div> <div style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">PRF-NR. Muster 12c/E (7.2024)</div>																															

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 (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie) 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

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <span><b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b></span> <span><small>Prüfung Prüfung Prüfung Prüfung</small></span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> Name, Vorname des Versicherten </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px; text-align: right;"> geb. am </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> <span><small>Kostenträgerkennung</small></span> <span><small>Versicherten-Nr.</small></span> <span><small>Status</small></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> <span><small>Betriebsstätten-Nr.</small></span> <span><small>Arzt-Nr.</small></span> <span><small>Datum</small></span> </div> </div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> <b>Heilmittelverordnung 13.1</b> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> <b>Behandlungsrelevante Diagnose(n)</b>  <small>ICD-10 - Code</small> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; padding-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> <b>Diagnose- gruppe</b> </div> <div style="width: 30%;"> <b>Leitsymptomatik</b>  <small>gemäß Heilmittelkatalog</small> </div> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> a   <input type="checkbox"/> b   <input type="checkbox"/> c </div> <div style="width: 20%;"> <small>patientenindividuelle Leitsymptomatik</small> <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px;">Leitsymptomatik (<i>patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben</i>)</p> </div> <div style="width: 55%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> <b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%; text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Heilmittel</th> <th style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Behandlungseinheiten</th> </tr> </thead> <tbody> <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> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> </tbody> </table> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> Ergänzendes Heilmittel </div> </div> </div> <div style="padding-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> <b>Therapiebericht</b>     <div style="display: flex; align-items: center;"> <b>Hausbesuch</b> <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein </div> </div> <div style="width: 50%;"> <b>Therapie- frequenz</b> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> <b>Dringlicher Behandlungsbedarf</b>  <small>innerhalb von 14 Tagen</small> </div> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px;">ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; padding-top: 10px;"> <div style="width: 55%;"> <b>IK des Leistungserbringers</b> </div> <div style="width: 40%; text-align: center;"> <small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.7em; margin-top: 5px;"> <span><small>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small></span> <span><small>PRF NR.     Muster 13.1/E (10.2020)</small></span> </div>	Heilmittel	Behandlungseinheiten						
Heilmittel	Behandlungseinheiten								

Original: DIN A5 hoch

## 2.13.8 Muster 13.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Empfangsbestätigung durch den Versicherten**  
 Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

**Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers**  
 Rechnungsnummer \_\_\_\_\_

IK des Leistungserbringers \_\_\_\_\_ Belegnummer \_\_\_\_\_

Behandlungsabbruch \_\_\_\_\_

Nach Rücksprache mit dem Arzt  
☐ Abweichung von der Frequenz

Änderung in  
☐ Gruppen-therapie ☐ Einzel-therapie

Begründung \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers  
 PRF.NR. \_\_\_\_\_ Muster 13.2/E (10.2020)

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

<input type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe</b> <span style="float: right;">15</span>	
Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div>		IK des Leistungserbringers    Rechnungsnummer    Belegnummer <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status		Der Anspruchsberechtigte war schon Träger eines Gerätes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Betriebsstätten- Nr.    Arzt-Nr.    Datum		Falls ja, warum entspricht das bisher getragene Gerät nicht mehr den Anforderungen? <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	

**Rechts**

☐ normal    ☐ operat. erweitert    ☐ eng  
☐ intakt    ☐ durchlöchert    ☐ feucht

**Frequenz in kHz**

	0,125	0,25	0,5	1	1,5	2	3	4	6	8	10
--	-------	------	-----	---	-----	---	---	---	---	---	----

Hörverlust in dB

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

**Geräusch**  

0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
dB

**Links**

☐ normal    ☐ operat. erweitert    ☐ eng  
☐ intakt    ☐ durchlöchert    ☐ feucht

**Frequenz in kHz**

	0,125	0,25	0,5	1	1,5	2	3	4	6	8	10
--	-------	------	-----	---	-----	---	---	---	---	---	----

Hörverlust in dB

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

**Rechts**

**Verständlichkeit in %**

	0	20	40	60	80	100
--	---	----	----	----	----	-----

Sprachschallpegel in dB

5
20
35
50
65
80
95
110

Hörverlust (dB)

Diskriminationsverlust in %

**Impedanz**  

Rechts		Sondenohr	Links	
		MO-Druck mm H <sub>2</sub> O		
dB HL	dB SL	Stapedius Reflex	dB HL	dB SL
		0,5 kHz		
		1 kHz		
		2 kHz		
		4 kHz		

Rechts	Fl. Spr. (Zahlen)	Links

**Links**

**Verständlichkeit in %**

	0	20	40	60	80	100
--	---	----	----	----	----	-----

Sprachschallpegel in dB

5
20
35
50
65
80
95
110

Hörverlust (dB)

Diskriminationsverlust in %

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Hörhilfe ist notwendig:** ☐ rechts    ☐ links    ☐ beiderseits

**Tinnitusmasker / -instrument notwendig:** rechts: \_\_\_\_\_ kHz    verdeckbar dB \_\_\_\_\_ links: \_\_\_\_\_ kHz    verdeckbar dB \_\_\_\_\_

**Die Schwerhörigkeit ist Folge von:** ☐ Unfall, Unfallfolgen    ☐ Versorgungsleiden (BVG)

Die audiometrischen Untersuchungen wurden von mir bzw. unter meiner Verantwortung vorgenommen.

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular lesbaren Daten.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
 Muster 15.1/E (10.2014)  
 KBV-PRF-NR.

Original: DIN A4 hoch

## 2.15.8 Muster 15.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Wichtiger Hinweis für den Versicherten**

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Hörgeräte/Tinnitusmasker/Tinnitusinstrumente bis zu einem Festbetrag.

**Kostenvoranschlag des Hörgeräteakustikers**

Hörvermögen über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand ohne Hörgerät)

a) mit Einsilbern \_\_\_\_\_ % oder b) mit Mehrsilbern \_\_\_\_\_ % (entsprechend DIN 45621)

oder c) mit Sätzen \_\_\_\_\_ % (Marburger Satztest nach Niemeyer)

**Vergleich verschiedener Hörgeräte über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand)**

	Nr. der Gruppe			Fabrikat Typ	10-stellige Hilfsmittel- positionsnummer	Verstanden
	Zahlen	Wörter	Sätze			
<b>A</b>						
<b>B</b>						
<b>C</b>						
<b>D</b>						

Nach den durchgeführten Hörproben schlage ich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit folgende Versorgung vor:

Gerät: \_\_\_\_\_ Positionsnummer: \_\_\_\_\_

Begründung: \_\_\_\_\_

Gesamtpreis: \_\_\_\_\_ Euro

Ausgestellt am \_\_\_\_\_ Stempel \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Kostenvoranschlag für** ☐ Tinnitusmasker ☐ Tinnitusinstrument

Gesamtpreis: \_\_\_\_\_ Euro

Ausgestellt am \_\_\_\_\_ Stempel \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Ärztliche Bescheinigung**

☐ Ich habe mich davon überzeugt, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird.  
Das vorgeschlagene Gerät ist zweckmäßig.

☐ Ich habe mich davon überzeugt, dass der Tinnitusmasker/  
das Tinnitusinstrument ausreichend zweckmäßig ist.

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Leistung der Krankenkasse**

Die Krankenkasse übernimmt \_\_\_\_\_ Euro.

**Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung.**

Ausgestellt am \_\_\_\_\_ Stempel \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Empfangsbestätigung**

☐ die verordnete Hörhilfe

Ich bestätige, am \_\_\_\_\_ ☐ den verordneten Tinnitusmasker/  
das verordnete Tinnitusinstrument

erhalten zu haben.

Unterschrift des Empfängers \_\_\_\_\_

**Raum für interne Vermerke der Krankenkasse**

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Muster 15.2/E (10.2014)  
KBV-PRF.NR.

Original: DIN A4 hoch

(Stand: 10.2014)

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

[illegible]

Original: DIN A6 quer

2.17      Muster 17/E und 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

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</div>		<b>Notfall-/Vertretungsschein</b> <span style="float: right;"><b>19BF</b></span>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</div>		<input type="checkbox"/> ärztlicher Notfalldienst <input type="checkbox"/> Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung <input type="checkbox"/> Notfall	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: right;">geb. am</div>		Quartal ____/____ Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                 Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status             </div>		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum</div>		Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen	
<b>Befunde/Therapie</b> <span style="float: right;"><i>bitte auf Teil b eintragen!</i></span>		Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis	
aus Datenschutzgründen freibleibend		Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:	
Tag    Monat    Tag    Monat		Vertragsarztstempel	
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.		Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen	
Datum    Unterschrift des Versicherten		Muster 19a/E (10.2014) KBV-PRF.NR.	

Original: DIN A5 quer

## 2.19.10 Muster 19b/E

<input type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Notfall-/Vertretungsschein</b> <span style="float: right;"><b>19BF</b></span>																																													
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>		<input type="checkbox"/> ärztlicher Notfalldienst <input type="checkbox"/> Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung <input type="checkbox"/> Notfall    Quartal ____/____																																													
Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen    Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M																																													
Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum		<b>Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen</b> _____ _____ _____																																													
<b>Befunde/Therapie</b> _____ _____ _____		Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <b>Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:</b>          _____          _____       </div>																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tag</th><th>Monat</th><th>Tag</th><th>Monat</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Tag	Monat	Tag	Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <b>Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div> </div>	
Tag	Monat	Tag	Monat																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Datum _____</span> <span>Unterschrift des Versicherten _____</span> </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">         Vertragsarztstempel          _____          _____       </div>																																													
Muster 19b/E (10.2014) KBV-PRF-NR. _____		Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.																																													

Original: DIN A5 quer

## 2.19.11 Muster 19c/E


<b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b> Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div>		<b>Notfall-/Vertretungsschein</b> <input type="checkbox"/> ärztlicher Notfalldienst <input type="checkbox"/> Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung <input type="checkbox"/> Notfall    Quartal ____/____ <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen    Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M																																													
Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum		<b>Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen</b> _____ _____ _____																																													
<b>Befunde/Therapie</b> _____ _____ _____		Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; height: 60px; margin-top: 5px;"> <b>Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:</b> </div>																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tag</th><th>Monat</th><th>Tag</th><th>Monat</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		Tag	Monat	Tag	Monat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; height: 100px; margin-top: 5px;"> <b>Vertragsarztstempel</b> </div>	
Tag	Monat	Tag	Monat																																												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																												
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert. Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____		<b>Zum Verbleib beim vertretenden Arzt</b> <div style="border: 2px solid black; width: 60px; height: 30px; display: inline-block;"></div> Muster 19c/E (10.2014) KBV-PRF.NR.																																													

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

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 Blankoformular-  
            bedruckung“ 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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</b>		<b>20</b>
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	zuletzt ausgeübte Tätigkeit	
			Stunden täglich	

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

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

**Erklärung des Versicherten**

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Erklärung des Arbeitgebers**

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

☐ ja

☐ nur unter folgenden Voraussetzungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

☐ ja

☐ nein

Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Arbeitgeber

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRE-NR.  
Muster 20a/E (1.2019)

Original: DIN A4 hoch

## 2.20.9 Muster 20b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>20</b>	
Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; font-size: small;">geb. am</div>			<b>Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</b>  zuletzt ausgeübte Tätigkeit _____ _____ _____	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		

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

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

**Erklärung des Versicherten**  
Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum  
 \_\_\_\_\_

**Erklärung des Arbeitgebers**  
Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

☐

ja

☐

nur unter folgenden Voraussetzungen \_\_\_\_\_

☐

nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

☐

ja

☐

nein

Datum  
 \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für die Krankenkasse

PF-F NR.  
Muster 20b/E (1.2019)

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Original: DIN A4 hoch

### 2.20.10 Muster 20c/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</b>		<b>20</b>
Name, Vorname des Versicherten  <div style="text-align: right;">geb. am</div>		zuletzt ausgeübte Tätigkeit  <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		

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

vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

**Erklärung des Versicherten**

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

**Erklärung des Arbeitgebers**

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

☐ ja  
  
☐

nur unter folgenden Voraussetzungen

☐ nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

☐ ja  
  
☐ nein

Datum

**Ausfertigung für den Versicherten**

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF NR.  
Muster 20c/E (1.2019)

Original: DIN A4 hoch

## 2.20.11 Muster 20d/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>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr><tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr></table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold;">20</div> <div style="text-align: center;"><b>Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</b></div> <p>zuletzt ausgeübte Tätigkeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Stunden täglich _____</p> <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%;"><thead><tr><th style="width: 25%;">vom</th><th style="width: 25%;">bis</th><th style="width: 40%;">Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)</th><th style="width: 10%;">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><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 20px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 10px auto; text-align: center; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div> <div><b>Erklärung des Versicherten</b> Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"><div>Datum _____</div><div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; text-align: center; font-size: 0.8em;">Unterschrift des Versicherten</div></div> <div><b>Erklärung des Arbeitgebers</b> Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden</div> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"><div style="margin-right: 10px;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nur unter folgenden Voraussetzungen _____ _____ _____</div><div style="margin-right: 10px;"><input type="checkbox"/> nein</div><div style="margin-right: 10px;">Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt</div><div style="margin-right: 10px;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</div><div>Datum _____</div><div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; text-align: center; font-size: 0.8em;">Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers</div></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Ausfertigung für den Vertragsarzt</div> <div style="font-size: 0.7em; margin-top: 5px;">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</div> <div style="font-size: 0.7em; margin-top: 10px; text-align: right;">PPE NR. Muster 20d/E (1.2019)</div>	vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																				
Name, Vorname des Versicherten																																				
geb. am																																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																		
vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich																																	
_____	_____	_____	_____																																	
_____	_____	_____	_____																																	
_____	_____	_____	_____																																	
_____	_____	_____	_____																																	

Original: DIN A4 hoch



- 2.21      Muster 21/E:  
             Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei  
             Erkrankung eines Kindes  
  
             (Stand: 07.2024)
- 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

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Ärztliche Bescheinigung 21</b> <b>für den Bezug von</b> <b>Krankengeld bei Erkrankung</b> <b>eines Kindes</b>
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebskassen-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Das genannte Kind bedarf/bedurfte der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit vom _____ bis einschließlich _____ <input type="checkbox"/> Kita- oder Schulunfall / -folgen <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> SER			
<b>Antrag der/des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</b> <i>*Dieser Antrag ist bei der Krankenkasse der betreuenden Person zu stellen.</i>			<div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-bottom: 10px;"></div> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Name		Vorname	
Geburtsdatum		Versichertennummer	
Straße, Haus-Nr.	PLZ	Wohnort	
IBAN		Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)	
Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin. Ich bin Alleinerziehende(r) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen. <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">Datum _____</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: auto; margin-top: 10px;"></div> Unterschrift der/des Versicherten			
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.			PRFNR. _____ Muster 21/E (7/2024)

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Konsiliarbericht

22

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

**Auf Veranlassung von:** \_\_\_\_\_

Arztnummer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name des Therapeuten \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer \_\_\_\_\_

**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 im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

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

Sind ärztliche/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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Therapeuten

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

KBV-PRF.NR. Muster 22a/E (10.2014)

Original: DIN A4 hoch

### 2.22.9 Muster 22b/E

**22**

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

Aus Datenschutzgründen freibleibend

Auf Veranlassung von: \_\_\_\_\_ Arztnummer \_\_\_\_\_

Name des Therapeuten \_\_\_\_\_ Betriebsstättennummer \_\_\_\_\_

Chiffre \_\_\_\_\_ des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens	Geburtsdatum
--	--------------

**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 anamnестische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

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

Sind ärztliche/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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für den Gutachter**

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

KBV-PRF.NR.  
Muster 22b/E (10.2014)

Original: DIN A4 hoch

## 2.22.10 Muster 22c/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Konsiliarbericht</b> <span style="float: right;"><b>22</b></span> <b>vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</b>
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Auf Veranlassung von: <span style="float: right;">Arztnummer</span>  Name des Therapeuten <span style="float: right;">Betriebsstättennummer</span>

**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 anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

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

Sind ärztliche/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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

KBV-PRF-NR.  
Muster 22c/E (10.2014)

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

Original: DIN A4 hoch

## 2.22.11 Muster 22d/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Konsiliarbericht</b> <span style="float: right;"><b>22</b></span> <b>vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</b>	
Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">geb. am</div>			<b>Auf Veranlassung von:</b> _____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">Arztnummer</div>	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Name des Therapeuten _____ Betriebsstättennummer _____	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		

**Aus Datenschutzgründen freibleibend**

☐ Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontra-  
indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich  
Art der Maßnahme: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

KBV-PRF NR.  
Muster 22d/E (10.2014)

Original: DIN A4 hoch

- 2.23      Muster 23/E und 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 Vertrags-arzt  
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, Vorname des Versicherten		Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	--	---------------------	------------------

**Anregung einer ambulanten  
Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten  
gem. § 23 Abs. 2 SGB V**

☐ bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung  
☐ zur Vermeidung der Verschlimmerung  
behandlungsbedürftiger Krankheiten  
☐ bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern

Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit:

**Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden**  
☐ erhöhter Blutdruck     ☐ Bewegungsmangel/Fehlhaltung     ☐ Übergewicht/  
Fehlernährung     ☐ Stress     ☐ Rauchen  
☐ Sonstige Risikofaktoren \_\_\_\_\_  
☐ aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	seit wann ?	Ursache	Verlauf
1.			
2.			
3.			

**Ursache:** 1=Unfallfolgen; 2=Berufskrankheit; 3=Gesundheitsschäden nach dem BVG  
**Verlauf:** 1= chronisch rezidierend; 2=chronisch progredient; 3=konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezivierenden somatischen Erkrankungen

**Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:** \_\_\_\_\_ **Datum der letzten Untersuchung:**

**Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)**  
☐ können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden     ☐ liegen nicht vor

**Angestrebtes Vorsorgeziel (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung):**  
 \_\_\_\_\_

**Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?**  
☐ Krankengymnastik     ☐ Physik. Therapie     ☐ Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie     ☐ Ergotherapie  
☐ Psychotherapie     ☐ Patientenschulung     ☐ Rehasport/Funktionstraining     ☐ Selbsthilfegruppe  
☐ Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): \_\_\_\_\_

**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 dringend erforderlich**  
**(z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z. B. Klima, Allergiefaktoren)?**  
☐ nein     ☐ ja, welche \_\_\_\_\_  
 empfohlener Kurort: \_\_\_\_\_ **Dauer:** \_\_\_\_\_ Wochen

**Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur)**     ☐ ja     ☐ nein

**Ggf. weitere Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM berechnungsfähig -

**Hinweis:** Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und 73 Abs. 2 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.

Ort und Datum  
 \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes  
 \_\_\_\_\_  
Muster 25/E (1.2015)  
KBV-PRF NR.

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

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

<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>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold;">26</div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V</h3> <p>Diagnose (ICD-10-Code) _____</p> <p>Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<p>Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p><i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i></p> <p>Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p><b>Angaben des Versicherten</b></p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</p>	<p><b>Angaben des nächsten Angehörigen</b></p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>															
<p><b>Angaben zum Betreuer</b></p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten?</p> <p>_____</p>	<p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>															
<p>Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Voraussichtliche Dauer der Therapie _____</p> <p>Prognose _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Bereits durchgeführte Leistungen _____</p>															
<p>Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>Begründung _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p><i>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Für das Ausstellen der <i>Erst</i>verordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der <i>Folge</i>verordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.</p> </div> <p><i>Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen!</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; font-weight: bold;">Ausfertigung für die Krankenkasse</div> <div>Datum _____</div> </div>																
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="font-size: small;"> <p>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; text-align: center; font-size: x-small;">             Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes           </div> </div>																

Original: DIN A4 hoch

## 2.26.6 Muster 26b/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="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold;">26</div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V</h3> <p>Diagnose (ICD-10-Code) _____</p> <p>Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p> <p>Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i></p> <p>Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><b>Angaben des Versicherten</b></p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><b>Angaben des nächsten Angehörigen</b></p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><b>Angaben zum Betreuer</b></p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 48%;"> <p>Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Voraussichtliche Dauer der Therapie _____</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Bereits durchgeführte Leistungen _____</p> </div> </div> <p>Prognose</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>Begründung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Für das Ausstellen der <i>Erstverordnung</i> ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der <i>Folgeverordnung</i> ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer</b></p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Datum _____</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-top: 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; bottom: 5px; right: 5px; font-size: 8px;">             Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes           </div> </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.  
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF NR.  
Muster 26b/E (10.2017)

Original: DIN A4 hoch

## 2.26.7 Muster 26c/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="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold;">26</div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V</h3> <p>Diagnose (ICD-10-Code) _____</p> <p>Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p> <p>Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i></p> <p>Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><b>Angaben des Versicherten</b></p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><b>Angaben des nächsten Angehörigen</b></p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><b>Angaben zum Betreuer</b></p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 48%;"> <p>Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Voraussichtliche Dauer der Therapie _____</p> <p>Prognose</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Bereits durchgeführte Leistungen _____</p> </div> </div> <p>Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>Begründung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Für das Ausstellen der <i>Erstverordnung</i> ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der <i>Folgeverordnung</i> ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <b>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</b> </div> <p>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-top: 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; bottom: 5px; right: 5px; font-size: 8px;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div> </div> <p style="font-size: 8px;">KBV-PRF NR. Muster 26c/E (10.2017)</p> </div> </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

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.

## 2.27.5 Muster 27a/E

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Krankenkasse bzw. Kostenträger </div> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Name, Vorname des Versicherten</span> <span>geb. am</span> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px;"> <span>Kostenträgerkennung</span> <span>Versicherten-Nr.</span> <span>Status</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px;"> <span>Betriebsstätten-Nr.</span> <span>Arzt-Nr.</span> <span>Datum</span> </div> </div>	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">27</div> <div style="margin-top: 10px;"> <h3 style="margin: 0;">Soziotherapeutischer Betreuungsplan</h3> <h4 style="margin: 0;">gem. § 37a SGB V</h4> <p style="margin: 0;"><i>(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</i></p> </div> <div style="margin-top: 20px; display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; flex: 1;">IK des Leistungserbringers</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-left: 5px;"></div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen</b> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Art der Maßnahmen</th> <th style="width: 25%;">Frequenz pro Woche / Monat</th> <th style="width: 25%;">Zeitraum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> </div>	Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum												
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum														

Ausstellungsdatum

Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum      Unterschrift des Therapeuten

Datum      Unterschrift des Patienten

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.      Muster 27a/E (10.2014) KBV-PRF.NR.

Original: DIN A4 hoch

## 2.27.6 Muster 27b/E

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px;"> <span style="font-size: 0.8em;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> <span style="font-size: 0.8em;">Name, Vorname des Versicherten</span> <div style="float: right; font-size: 0.8em;">geb. am</div> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <span>Kostenträgerkennung</span> <span>Versicherten-Nr.</span> <span>Status</span> </div> </div> <div style="padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <span>Betriebsstätten-Nr.</span> <span>Arzt-Nr.</span> <span>Datum</span> </div> </div> </div>	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">27</div> <div style="margin-top: 10px;"> <h3 style="margin: 0;">Soziotherapeutischer Betreuungsplan</h3> <h4 style="margin: 0;">gem. § 37a SGB V</h4> <p style="margin: 0; font-size: 0.9em;"><i>(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</i></p> </div> <div style="margin-top: 20px; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <span style="font-size: 0.8em;">IK des Leistungserbringers</span> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist <div style="margin-top: 5px;"> 1. _____  2. _____  3. _____  4. _____  5. _____  6. _____  7. _____  8. _____  9. _____ </div> </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="font-size: 0.8em;">Art der Maßnahmen</th> <th style="font-size: 0.8em;">Frequenz pro Woche / Monat</th> <th style="font-size: 0.8em;">Zeitraum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> </div> </div>	Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum												
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum														
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: 0.8em;">Ausstellungsdatum</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <span style="font-size: 0.8em;">1. Durchschlag zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer</span> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 0.8em;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div> </div> <div style="width: 50%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: 0.8em;">Datum</span> <span style="float: right; font-size: 0.8em;">Unterschrift des Therapeuten</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <span style="font-size: 0.8em;">Datum</span> <span style="float: right; font-size: 0.8em;">Unterschrift des Patienten</span> </div> </div> </div>															

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.    Muster 27b/E (10.2014) KBV-PRF.NR.

Original: DIN A4 hoch



## 2.27.7 Muster 27c/E

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px;"> <span style="font-size: 0.8em;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> <span style="font-size: 0.8em;">Name, Vorname des Versicherten</span> <div style="float: right; font-size: 0.8em;">geb. am</div> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <span>Kostenträgerkennung</span> <span>Versicherten-Nr.</span> <span>Status</span> </div> </div> <div style="padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <span>Betriebsstätten-Nr.</span> <span>Arzt-Nr.</span> <span>Datum</span> </div> </div> </div>	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">27</div> <div style="margin-top: 10px;"> <h3 style="margin: 0;">Soziotherapeutischer Betreuungsplan</h3> <h4 style="margin: 0;">gem. § 37a SGB V</h4> <p style="margin: 0; font-size: 0.9em;"><i>(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</i></p> </div> <div style="margin-top: 20px; border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex;"> <div style="flex: 1; font-size: 0.8em;">IK des Leistungserbringers</div> <div style="flex: 1; border-left: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 60px;"> Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 150px;"> Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist   <div style="font-size: 0.8em;">1. _____</div> <div style="font-size: 0.8em;">2. _____</div> <div style="font-size: 0.8em;">3. _____</div> <div style="font-size: 0.8em;">4. _____</div> <div style="font-size: 0.8em;">5. _____</div> <div style="font-size: 0.8em;">6. _____</div> <div style="font-size: 0.8em;">7. _____</div> <div style="font-size: 0.8em;">8. _____</div> <div style="font-size: 0.8em;">9. _____</div> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Art der Maßnahmen</th> <th style="width: 25%;">Frequenz pro Woche / Monat</th> <th style="width: 25%;">Zeitraum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> </div> </div>	Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum												
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum														

Ausstellungsdatum

2. Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum      Unterschrift des Therapeuten

Datum      Unterschrift des Patienten

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.      Muster 27c/E (10.2014) KBV-PRF.NR.

Original: DIN A4 hoch

(Stand: 10.2017)

## 2.28.5 Muster 28a/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>28</b>													
Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div>			<b>Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten</b>  Diagnose (ICD-10-Code) _____  Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar																
<b>Erklärung des Arztes</b> Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers _____  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;">           Straße _____             PLZ _____ Ort _____   <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.</div> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;">           Datum _____   <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <div style="font-size: 8px; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div> </div> </div>																
<b>Psychotherapeutischer Leistungserbringer</b> Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.  IK des Leistungserbringers _____																
<b>Abrechnung des psychotherapeutischen Leistungserbringers</b> Folgende Leistungen wurden erbracht <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%; text-align: left; font-size: 8px;">Datum</th> <th style="width: 80%; text-align: left; font-size: 8px;">Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>					Datum	Leistung	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Datum	Leistung															
_____	_____															
_____	_____															
_____	_____															
_____	_____															
_____	_____															
<b>Bemerkungen zur Abrechnung</b> Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto Kontoinhaber _____  IBAN _____  BIC _____ Geldinstitut _____																
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p style="font-size: 8px;"><i>Diese Ausfertigung ist vom psychotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"><b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b></div>  <p style="font-size: 8px;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;">           Datum _____   <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <div style="font-size: 8px; text-align: center;">Stempel und Unterschrift des psychotherapeutischen Leistungserbringers</div> </div> </div>																

Original: DIN A4 hoch

## 2.28.6 Muster 28b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div>			<b>Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten</b>		<b>28</b>						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kostenträgerkennung</td> <td style="width: 33%;">Versicherten-Nr.</td> <td style="width: 33%;">Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Diagnose (ICD-10-Code) _____ Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status									
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum									
Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar			<b>Erklärung des Arztes</b> Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu Name des soziotherapeutischen Leistungserbringers _____								
Straße _____ PLZ _____ Ort _____			<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> Datum _____ <small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small>								
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.</div>			<b>Soziotherapeutischer Leistungserbringer</b> Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt. IK des Leistungserbringers _____								
<b>Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers</b> Folgende Leistungen wurden erbracht											
Datum		Leistung									
<b>Bemerkungen zur Abrechnung</b> Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto											
Kontoinhaber _____ IBAN _____											
BIC		Geldinstitut									
Datum _____					<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <small>Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers</small>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer</div>											
Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.											
KBV-PRF NR. Muster 28b/E(10.2017)											

Original: DIN A4 hoch

## 2.28.7 Muster 28c/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div>			<b>Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten</b>		<b>28</b>
Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status			Diagnose (ICD-10-Code) _____		
Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum			Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____		
Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar					
<b>Erklärung des Arztes</b> Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers _____					
Straße _____ PLZ _____ Ort _____			Datum _____ <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 10px auto;"></div> <small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.</div>					
<b>Psychotherapeutischer Leistungserbringer</b> Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.					
IK des Leistungserbringers _____					
<b>Abrechnung des psychotherapeutischen Leistungserbringers</b> Folgende Leistungen wurden erbracht					
Datum		Leistung			
<b>Bemerkungen zur Abrechnung</b> Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto					
Kontoinhaber _____					
IBAN _____					
BIC		Geldinstitut			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Ausfertigung für den verordnenden Arzt</div>					
<small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>			Datum _____		
			<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 10px auto;"></div> <small>Stempel und Unterschrift des psychotherapeutischen Leistungserbringers</small> <small>KBV-PRF NR. Muster 28c/E(10.2017)</small>		

Original: DIN A4 hoch

- 2.29      Muster 29/E bis 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  
Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ 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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten        geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.**

Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

---



---



---



---



---

## Empfehlung 36

**zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V**

- ☐ Bewegungsgewohnheiten
- ☐ Ernährung
- ☐ Stressmanagement
- ☐ Suchtmittelkonsum

Sonstiges \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.  
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF NR.  
Muster 36/E (7.2017)

Original DIN A 5 hoch

2.37 Muster 37/E und 2.38 Muster 38/§: 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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom</b>		39I		
Name, Vorname des Versicherten		Auftragsnummer des Labors				
geb. am						
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status				
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				
<p><b>Alterskategorie</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="checkbox"/> 20-29 Jahre</span> <span><input type="checkbox"/> 30-34 Jahre</span> <span><input type="checkbox"/> ab 35 Jahre</span> </div> <p><b>Auftrag</b> <small>(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)</small></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> Primär-screening <input type="checkbox"/> Zytologie         </div> <div> <input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik <input type="checkbox"/> HPV-Test         </div> <div> <input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)         </div> </div> <p><b>Anamnese</b> Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> nein         <input type="checkbox"/> ja, zuletzt _____       </div> <p><b>Gruppe</b> _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>HPV-Impfung</b>  <input type="checkbox"/> vollständig  <input type="checkbox"/> unvollständig  <input type="checkbox"/> keine  <input type="checkbox"/> unklar         </div> <div> <b>HPV-HR-Testergebnis</b>  <input type="checkbox"/> liegt nicht vor  <input type="checkbox"/> liegt vor  <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> positiv  <input type="checkbox"/> negativ  <input type="checkbox"/> nicht verwertbar           </div> </div> </div> <p><b>Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> nein         <input type="checkbox"/> ja Welche? _____          Wann? _____       </div> <p><b>Jetzt:</b> Letzte Periode _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div> <b>Gravidität</b>   <b>Ausfluss / pathologische Blutung</b>   <b>IUP</b>   <b>Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung</b>  <small>(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)</small> </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div>nein</div> <div>ja</div> </div> </div> <p><b>Klinischer Befund</b>    <input type="checkbox"/> unauffällig    <input type="checkbox"/> auffällig</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Erläuterungen</b>    <small>ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen</small></p> <div style="height: 100px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <b>Ausfertigung für den untersuchenden Arzt</b> </div>					<p><b>Zytologischer Befund / Kombinationsbefund</b></p> <p>Eingangsdatum _____</p> <p><b>Endozervikale Zellen</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> vorhanden         <input type="checkbox"/> nicht vorhanden       </div> <p><b>Proliferationsgrad</b> _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> Döderleinflorea <input type="checkbox"/> Trichomonaden         </div> <div> <input type="checkbox"/> Mischflora <input type="checkbox"/> Candida         </div> <div> <input type="checkbox"/> Kokkenflora <input type="checkbox"/> Gardnerella         </div> </div> <p><b>Gruppe</b> _____</p> <p><b>HPV-HR-Testergebnis</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?  <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nicht differenzierbar         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> negativ         <input type="checkbox"/> nicht verwertbar       </div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Bemerkungen</b></p> </div> <p><b>Zusammenfassende Empfehlung</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle  <input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung  <input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung  <input type="checkbox"/> HPV-Test  <input type="checkbox"/> Ko-Test  <input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 150px; height: 100px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center; padding: 5px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes</p> </div> </div> <p><b>Zeitraum</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> in _____ Monaten  <input type="checkbox"/> sofort       </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px; height: 100px;"> <p style="text-align: center; padding: 5px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> </div>	

PRF.NR.  
Muster 39a/E (1.2021)

Original: DIN A4 hoch

## 2.39.8 Muster 39b/E

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Krankenkasse bzw. Kostenträger    Name, Vorname des Versicherten    <div style="text-align: right;">geb. am</div>   <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Kostenträgerkennung</div> <div>Versicherten-Nr.</div> <div>Status</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Betriebsstätten-Nr.</div> <div>Arzt-Nr.</div> <div>Datum</div> </div> </div> <div> <p><b>Alterskategorie</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> 20-29 Jahre</div> <div><input type="checkbox"/> 30-34 Jahre</div> <div><input type="checkbox"/> ab 35 Jahre</div> </div> <p><b>Auftrag</b>  <i>(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> Primär-screening</div> <div><input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik</div> <div><input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt. + HPV)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> Zytologie</div> <div><input type="checkbox"/> HPV-Test</div> </div> <p><b>Anamnese</b>  Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> nein</div> <div><input type="checkbox"/> ja, zuletzt _____</div> </div> <p>Gruppe _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>HPV-Impfung</b>  <input type="checkbox"/> vollständig  <input type="checkbox"/> unvollständig  <input type="checkbox"/> keine  <input type="checkbox"/> unklar </div> <div> <b>HPV-HR-Testergebnis</b>  <input type="checkbox"/> liegt nicht vor  <input type="checkbox"/> liegt vor  <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> positiv  <input type="checkbox"/> negativ  <input type="checkbox"/> nicht verwertbar </div> </div> </div> <p>Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> nein</div> <div><input type="checkbox"/> ja Welche? _____</div> </div> <p>Wann? _____</p> <p><b>Jetzt:</b>  Letzte Periode _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Gravidität</div> <div><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Ausfluss / pathologische Blutung</div> <div><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>IUP</div> <div><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</div> </div> <p>Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung  <i>(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Klinischer Befund</div> <div><input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>Erläuterungen</b> <small>ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen</small>       </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <b>Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt</b> </div> </div>	<div style="text-align: right;"> <b>Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom</b>  Auftragsnummer des Labors  <div style="float: right; text-align: left;"> <b>39</b>  </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p><b>Zytologischer Befund / Kombinationsbefund</b></p> <p>Eingangsdatum _____</p> <p><b>Endozervikale Zellen</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> vorhanden</div> <div><input type="checkbox"/> nicht vorhanden</div> </div> <p><b>Proliferationsgrad</b> _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> Döderleinflora  <input type="checkbox"/> Trichomonaden </div> <div> <input type="checkbox"/> Mischflora  <input type="checkbox"/> Candida </div> <div> <input type="checkbox"/> Kokkenflora  <input type="checkbox"/> Gardnerella </div> </div> <p>Gruppe _____</p> <p><b>HPV-HR-Testergebnis</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?</div> <div><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht differenzierbar</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> negativ</div> <div><input type="checkbox"/> nicht verwertbar</div> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"> <b>Bemerkungen</b> </div> <p><b>Zusammenfassende Empfehlung</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle  <input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung  <input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung  <input type="checkbox"/> HPV-Test  <input type="checkbox"/> Ko-Test  <input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-top: 10px;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes </div> </div> <p><b>Zeitraum</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> in _____ Monaten</div> <div><input type="checkbox"/> sofort</div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-top: 10px;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div> </div>
---	--

PRFNR.  
Muster 39b/E (1.2021)

Original: DIN A4 hoch

- 2.40      Muster 40/E bis 2.49 Muster 49/E:    unbesetzt
- 2.50      Muster 50/E: Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Kasse  
(Stand: 01.2015)
- 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

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Vom Vertragsarzt auszufüllen!**

Wurde der Name und das Geburtsdatum von uns richtig wiedergegeben? ☐ ja ☐ nein

Wenn nein, bitte berichtigen:

Name und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Hat ein Behandlungsausweis zum Zeitpunkt der Behandlung vorgelegen? ☐ ja ☐ nein

Name der Krankenkasse

Bei Kassenwechsel:

Name der neuen Krankenkasse

**Bitte nur bei Angabe einer neuen Krankenkasse ausfüllen!**

Behandlungstag	EBM-Nr.	Behandlungstag	EBM-Nr.
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></div>

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.  
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF.NR  
Muster 50.2/E (1.2015)

Original: DIN A4 hoch

## 2.51 Muster 51/E: Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers

(Stand: 01.2015)

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, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Vom Vertragsarzt auszufüllen!**

**zu 1. Angaben bei Arbeitsunfall / sonstigem Unfall / Drittschädigung**

Wurde der Patient wegen des Unfalls oder der Schädigung überwiesen?

☐ nein

☐ ja, und zwar ☐ an einen anderen Arzt ☐ von einem anderen Arzt

Name des Arztes \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

Wurden von Ihnen Leistungen (z.B. Arzneimittel, Heil-/Hilfsmittel, Krankentransport aufgrund des Unfalls) veranlasst / verordnet? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? (bitte genaue Bezeichnung) \_\_\_\_\_

Dauert die Behandlung noch an? ☐ ja ☐ nein

Ist mit Spätfolgen zu rechnen? ☐ ja ☐ nein ☐ noch nicht absehbar

**Bitte in jedem Fall ausfüllen!**

Behandlungstag	EBM-Nr.	Behandlungstag	EBM-Nr.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**zu 2. Angaben zum ursächlichen Zusammenhang mit dem Versorgungsleiden**

Steht die für die Bescheinigung / Verordnung (s. Vorderseite) maßgebliche Diagnose im ursächlichen Zusammenhang mit den anerkannten Versorgungsleiden? ☐ ja ☐ nein ☐ zweifelhaft

**Nur bei Arbeitsunfähigkeit / Krankenhauseinweisung!**

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung / Krankenhauseinweisung war

☐ ausschließlich / überwiegend wegen der anerkannten Schädigungsfolgen vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ überwiegend wegen anderer Leiden vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Bitte in jedem Fall ausfüllen!**

Behandlungstag	EBM-Nr.
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.  
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF-NR.  
Muster 51.2/E (1.2015)

Original: DIN A4 hoch

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

(Stand: 04.2025)

- 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/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="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<b>52</b>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

**Report für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit**

**1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?**

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ggf. Angabe sich daraus ergebender Funktionseinschränkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Welche Tätigkeiten übte die/der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?**  
*(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)*

**2.1** erwerbstätig als \_\_\_\_\_

regelmäßige                      Stunden  
Arbeitszeit                      pro Woche

**2.2** ☐ Die/der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für folgende Stundenanzahl der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche

Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? ☐ nein ☐ ja

**3. Welche diagnostischen/therapeutischen/rehabilitativen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?**

konservativ  
(ggf. wann und welche) \_\_\_\_\_

operativ  
(ggf. wann und welche) \_\_\_\_\_

Heilmittel  
(ggf. seit wann und welche) \_\_\_\_\_

Stufenweise Wiedereingliederung ☐ geplant ☐ eingeleitet  
(gilt nicht für Arbeitslose)

Medizinische Rehabilitation ☐ geplant ☐ beantragt

Patientenschulung ☐ geplant ☐ eingeleitet

Sonstige (therapeutische) Maßnahmen (ggf. wann und welche)  
z. B. Rückenschule, Ernährungsberatung, Suchttherapie, Psychotherapeutische Behandlung, Leistungen zur Teilhabe, Rehabilitationssport/Funktionstraining oder betriebliches Eingliederungsmanagement

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ keine (Begründung erforderlich) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Erfolgte eine Überweisung zur fachärztlichen Mitbehandlung?**

☐ nein ☐ ja, Fachrichtung \_\_\_\_\_

**5. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?**

☐ nein ☐ ja

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

Für das Ausstellen dieses Reports ist die  
Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRFNR  
Muster 52/E (4.2025)

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

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Von der Krankenkasse auszufüllen!**

I. Arbeitsunfähig vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
wegen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

II. Vorher bestand Arbeitsunfähigkeit wegen \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

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 unten abgedruckten versicherungsrechtlichen Erläuterungen?

☐ nein ☐ ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) \_\_\_\_\_ genannten Krankheit(en).

III. Sind während der unter I. genannten Arbeitsunfähigkeit weitere Krankheiten hinzugetreten?

☐ nein ☐ ja, und zwar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

Wird die Arbeitsunfähigkeit nur noch von der/den hinzugetretenen Krankheit(en) bedingt?

☐ nein ☐ ja, und zwar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_

Handelt es sich bei der hinzugetretenen Krankheit und einer unter II. genannten früheren Erkrankung um dieselbe Krankheit\* im Sinne der unten abgedruckten versicherungsrechtlichen Erläuterungen?

☐ nein ☐ ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) \_\_\_\_\_ genannten Krankheit(en).

Ergänzende Bemerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*) Versicherungsrechtliche Erläuterungen**  
Der Begriff "dieselbe Krankheit" setzt nicht voraus, dass fortlaufende Behandlungsbedürftigkeit besteht. Bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit kommt es darauf an, ob die neue Arbeitsunfähigkeit und die frühere(n) auf derselben Krankheitsursache beruhen oder zumindest in einem inneren Zusammenhang mit ihr stehen. Der innere Zusammenhang kann schon dadurch begründet sein, dass die Entstehung der Krankheit jedesmal durch eine gemeinsame Bedingung begünstigt oder herbeigeführt wird.

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.  
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF-NR.  
Muster 53.2/E (1.2015)

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div>		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10)**  
ICD-10 - Code                      ICD-10 - Code                      ICD-10 - Code

**Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich**  
☐ ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar  
☐ ja, voraussichtlich bis \_\_\_\_\_  
☐ nein

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Gegebenenfalls vom Versicherten auszufüllen**  
**Wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung für den umseitig genannten Versicherten gestellt, sind KEINE weiteren Angaben erforderlich. Dies gilt auch, wenn der Antrag durch den Betreuer für den Versicherten gestellt wird.**  
**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.**  
**Die Bescheinigung ist bei der Krankenkasse einzureichen, bei der der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt wird/wurde.**

**Angaben zum antragstellenden Versicherten**  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
  
Krankenversichertennummer \_\_\_\_\_

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.  
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF.NR.  
Muster 55/E (10.2016)

Original: DIN A5 hoch

- 2.56     Muster 56/E:  
          Antrag auf Kostenübernahme von  
          Rehabilitationssport/Funktionstraining  
  
          (Stand: 01.2023)
- 2.56.1   Für den Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitations-  
          sport/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 Blankoformularbedruckung“ in  
          der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.56.5   unbesetzt

## 2.56.6 Muster 56.1/E

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; font-size: small;">geb. am</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small; margin-bottom: 5px;"> <span>Kostenträgerkennung</span> <span>Versicherten-Nr.</span> <span>Status</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> <span>Betriebsstätten-Nr.</span> <span>Arzt-Nr.</span> <span>Datum</span> </div>	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">56</div> <h3 style="text-align: center; margin-top: 0;">Antrag auf Kostenübernahme</h3> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>für Rehabilitationssport</b> </div> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>für Funktionstraining</b> </div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 10px;">Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.</p>
--	---

### Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose
Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

☐ erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

#### Empfohlene Rehabilitationssportart

☐ Gymnastik (auch im Wasser)

☐ Schwimmen

☐ Ausdauer- und Kraftausdauerübungen

☐ Bewegungsspiele

☐ Sonstige \_\_\_\_\_

☐ Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

**Rehabilitationssport ist notwendig für**

☐ 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

☐ 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

Asthma bronchiale	Morbus Parkinson
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)	Multipler Sklerose
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	Muskeldystrophie
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Niereninsuffizienz, terminal
Doppelamputation	Organische Hirnschädigung
Epilepsie, therapieresistent	Polyneuropathie
Infantile Zerebralparese	Querschnittslähmung, schwere Lähmung
Intelligenzminderung, mittelgradig	
Morbus Bechterew	andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)

☐ 28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

#### Empfohlene Funktionstrainingsarten

☐ Trockengymnastik

☐ Wassergymnastik

**Funktionstraining ist notwendig für**

☐ 12 Monate (Richtwert)

☐ 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

Fibromyalgie-Syndrom
Kollagenosen
Morbus Bechterew
Osteoporose
Polyarthrosen, schwer
Psoriasis-Arthritis
Rheumatoide Arthritis

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

☐ 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

☐ 24 Monate (Richtwert)

☐ **Folgeverordnung mit Begründung,** warum erlernte Übungen nicht oder noch nicht selbstständig durchgeführt werden können

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.
PRF.NR.  
Muster 56.1/E (1.2023)

Original: DIN A4 hoch

## 2.56.7 Muster 56.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Rehabilitationssport** ist notwendig für ☐ Herzgruppe ☐ Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)

☐ **Erstverordnung** 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

☐ **Folgeverordnung** 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

☐ nur bei Belastungsgrenze < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

☐ wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist

☐ **Kinderherzgruppen** 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

**Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten** (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)

<b>Rehabilitationssport</b> <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 2px;"><b>Funktionstraining</b> als Trockengymnastik</td> <td style="width: 20%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1x</td> <td style="width: 20%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2x</td> <td style="width: 20%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3x</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><b>Funktionstraining</b> als Wassergymnastik</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1x</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2x</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3x</td> </tr> </table>	<b>Funktionstraining</b> als Trockengymnastik	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x	<b>Funktionstraining</b> als Wassergymnastik	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x
<b>Funktionstraining</b> als Trockengymnastik	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x						
<b>Funktionstraining</b> als Wassergymnastik	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x						

Begründung bei insgesamt 3x

**Abweichung von oben genannten Richtwerten**

\_\_\_\_\_ Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Datum \_\_\_\_\_

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / 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

<input type="checkbox"/> <b>Rehabilitationssports</b> <input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten / 18 Monate <input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 36 Monate <input type="checkbox"/> Herzgruppe <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienzgruppe <input type="checkbox"/> 90 Übungseinheiten / 24 Monate <input type="checkbox"/> 45 Übungseinheiten / 12 Monate <input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen) <input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins _____ Übungseinheiten	<input type="checkbox"/> <b>Funktionstrainings</b> <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate _____ Monate Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x
---	---

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.

PRF NR.  
Muster 56.2/E (1.2023)

Original: DIN A4 hoch

2.57      Muster 57/E bis 2.60 Muster 60/E:    unbesetzt



- 2.61      **Muster 61/E**  
Teil A: Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des  
zuständigen Rehabilitationsträgers  
Teil B bis E: Verordnung von medizinischer Rehabilitation  
(Stand: 07.2022)
- 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 Eb/E sind auf Sicherheitspapier im  
Format DIN A4 hoch zu erstellen.
- 2.61.8    Die Muster 61Ab/E und 61Ea/E werden mit einem Barcode versehen. Die  
Spezifikationen sind dem „Technischen Handbuch Blankoformular-  
bedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

## 2.61.9 Muster 61 Teil Aa/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<h3 style="text-align: center;">Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers</h3> <p><b>61 Teil A</b></p> <p><i><b>Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse</b></i>          Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.  <b>Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-E ausfüllen.</b></p>
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

**I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen**

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *	
1. _____	_____	_____	<b>* Mögliche Ursache der Erkrankung</b> <i>(nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)</i>  <b>1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall</b> <b>2 = Berufskrankheit</b> <b>3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)</b> <b>4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst</b> <b>5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)</b>
2. _____	_____	_____	
3. _____	_____	_____	
<b>II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse</b>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> <b>Beratung der/des Versicherten</b>  <i>Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.</i>            Eine <b>Beratung der/des Versicherten</b> 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 Vorsorge in anerkannten Kurorten) <b>ist angezeigt</b>.         </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 100px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> <b>Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers</b>  <i>Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.</i>            Eine <b>medizinische Rehabilitation ist erforderlich</b>, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. <b>Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten</b>, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.         </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 100px;"></div> </div>			
<b>ggf. weitere Anmerkungen</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 35%; text-align: center;">Datum</div> </div>			
<b>III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt</b>			
Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig <input type="checkbox"/> Krankenkasse <i>(bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)</i> <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <i>(Vordruck liegt bei)</i> <input type="checkbox"/> Sonstiges _____			
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Stempel / Unterschrift der Krankenkasse</p>			

PRF.NR.  
Muster 61 Teil Aa/E (7.2022)

Original: DIN A4 hoch

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

### Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-E ausfüllen.

### 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 anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

- 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
- 2 = Berufskrankheit
- 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
- 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
- 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

### II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

☐

#### Beratung der/des Versicherten

Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E 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 Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

☐

#### Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E 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

\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)

☐

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

☐

Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF.NR.  
Muster 61 Teil Ab/E (7.2022)

Original: DIN A4 hoch

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

☐ Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit

(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

### I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

#### A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

Ursache \*

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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

- 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
- 2 = Berufskrankheit
- 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
- 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
- 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

### II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

#### A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

---



---



---

#### B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)

---



---

#### C. Bei geriatrischer Rehabilitation

mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität		Kognition	Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
TUG	sek + Chair Rise sek	MMST / 30	Schmerzskala / 10	Ergometrie Watt
Handkraft	kg oder kpa	GDS 15 / 15		FEV1 % + VK %
DEMMI	/ 100 Tinetti / 28	Uhren-test / 7		NYHA-Stadium

#### D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationsport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

---



---

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

#### E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja, welche? \_\_\_\_\_

Ausfertigung für die Krankenkasse

PRF NR.  
Muster 61 Teil Ba/E (7.2022)

Original: DIN A4 hoch

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

☐ Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit

(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

### I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

#### A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

Ursache \*

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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

- 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
- 2 = Berufskrankheit
- 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
- 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
- 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

### II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

#### A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

---



---



---

#### B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)

---



---

#### C. Bei geriatrischer Rehabilitation

mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität		Kognition	Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
TUG	sek + Chair Rise sek	MMST / 30	Schmerzskala / 10	Ergometrie Watt
Handkraft	kg oder kpa	GDS 15 / 15		FEV1 % + VK %
DEMMI	/ 100 Tinetti / 28	Uhrentest / 7		NYHA-Stadium

#### D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeeingebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

---



---

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

#### E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja, welche? \_\_\_\_\_

Ausfertigung für den Vertragsarzt

PRF NR.  
Muster 61 Teil Bb/E (7.2022)

Original: DIN A4 hoch

## 2.61.13 Muster 61 Teil Ca/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil C
--------------------------------	---------------------	------------------	-----------

**F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe**

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Lernen und Wissensanwendung</b> (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunikation</b> (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b>	<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"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b>	<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 style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gemeinschaftsleben und soziales Leben</b> (z. B. am Gemeinschaftsleben teilnehmen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G. Lebensumstände/Kontextfaktoren**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel Fehlhaltung	BMI <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fehl-/ Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin
<input type="checkbox"/> Sonstiges z.B. Suchtmittel	<input style="width: 250px;" type="text"/>			

\_\_\_\_\_

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

PRF NR.  
Muster 61 Teil Ca/E (7.2022)

Original: DIN A4 hoch

## 2.61.14 Muster 61 Teil Cb/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil C
--------------------------------	---------------------	------------------	-----------

**F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe**

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Lernen und Wissensanwendung</b> (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunikation</b> (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b>	<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"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b>	<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 style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gemeinschaftsleben und soziales Leben</b> (z. B. am Gemeinschaftsleben teilnehmen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G. Lebensumstände/Kontextfaktoren**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel Fehlhaltung	BMI <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fehl-/ Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin
<input type="checkbox"/> Sonstiges z.B. Suchtmittel	<input style="width: 200px;" type="text"/>			

\_\_\_\_\_

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Ausfertigung für den Vertragsarzt

PRF NR.  
Muster 61 Teil Cb/E (7.2022)

Original: DIN A4 hoch

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-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

☐ ja      ☐ eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI. Zuweisungsempfehlungen**

**A. Empfohlene Rehabilitationsform**

☐ ambulant      ☐ ambulant-mobil      ☐ stationär

☐ Mütter-Leistung      ☐ Väter-Leistung      ☐ als Mutter-Kind-Leistung      ☐ als Vater-Kind-Leistung

**B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)**

\_\_\_\_\_ ☐ geriatr. Rehabilitation

**C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)**

☐ pflegende/r Angehörige/r      ☐ andere \_\_\_\_\_

**VII. Sonstige Angaben**

**Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund**

☐ neuer Indikation      ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

☐ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

**Reisefähigkeit**

☐ öffentliche Verkehrsmittel      ☐ PKW erforderlich      ☐ Begleitperson erforderlich

**Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen**

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht  
(sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

**Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ausfertigung für die Krankenkasse

PRF NR.  
Muster 61 Teil Da/E (7.2022)



Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-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

☐ ja    ☐ eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) \_\_\_\_\_

**VI. Zuweisungsempfehlungen**

**A. Empfohlene Rehabilitationsform**

☐ ambulant    ☐ ambulant-mobil    ☐ stationär  
☐ Mütter-Leistung    ☐ Väter-Leistung    ☐ als Mutter-Kind-Leistung    ☐ als Vater-Kind-Leistung

**B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)**

\_\_\_\_\_ ☐ geriatr. Rehabilitation

**C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)**

☐ pflegende/r Angehörige/r    ☐ andere \_\_\_\_\_

**VII. Sonstige Angaben**

**Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund**

☐ neuer Indikation    ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation  
☐ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig  
☐ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

**Reisefähigkeit**

☐ öffentliche Verkehrsmittel    ☐ PKW erforderlich    ☐ Begleitperson erforderlich

**Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen**

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)  
☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

**Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ausfertigung für den Vertragsarzt

PRF NR.  
 Muster 61 Teil Db/E (7.2022)

## 2.61.17 Muster 61 Teil Ea/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

61 Teil E

**VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten**

**A. Erteilte Einwilligungserklärungen**

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

☐ ja    ☐ nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

☐ ja    ☐ nein

**Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht**

Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-E) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**B. Angaben der/des Versicherten**

*Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.*

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname \_\_\_\_\_

PLZ _____	Ort _____	Straße, Haus-Nr. _____
-----------	-----------	------------------------

Name, Vorname \_\_\_\_\_

PLZ _____	Ort _____	Straße, Haus-Nr. _____
-----------	-----------	------------------------

Name, Vorname \_\_\_\_\_

PLZ _____	Ort _____	Straße, Haus-Nr. _____
-----------	-----------	------------------------

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der oder des Versicherten  
(des gesetzlichen Vertreters,  
des Betreuers, des Bevollmächtigten)

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF NR.  
Muster 61 Teil Ea/E (7.2022)

Original: DIN A4 hoch

## 2.61.18 Muster 61 Teil Eb/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**61 Teil E**

**VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten**

**A. Erteilte Einwilligungserklärungen**  

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

☐ ja    ☐ nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

☐ ja    ☐ nein

**Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht**  
Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-E) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum  
\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**B. Angaben der/des Versicherten**  
*Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.*  

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname  
\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort                                      Straße, Haus-Nr.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name, Vorname  
\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort                                      Straße, Haus-Nr.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name, Vorname  
\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort                                      Straße, Haus-Nr.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Datum  
\_\_\_\_\_

Unterschrift der oder des Versicherten  
(des gesetzlichen Vertreters,  
des Betreuers, des Bevollmächtigten)

PRF NR.  
Muster 61 Teil Eb/E (7.2022)

Original: DIN A4 hoch

Vordruck-Vereinbarung Blankoformularbedruckung Seite 123 von 159

01.01.2026

- 2.62A    Muster 62A/E:  
Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw.  
Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA  
(Stand: 01.2023)
- 2.62A.1    Für die Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- und  
Dekanülierungspotenzials sind die Muster 62Aa/E bis 62Ac/E gemäß der in  
Kapitel 2.62A.7 bis 2.62A.9 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.62A.2    Das Muster 62A/E besteht aus drei Formularen:  
  
Muster 62Aa/E: Ausfertigung für die Krankenkasse  
Muster 62Ab/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt  
Muster 62Ac/E: Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt.
- 2.62A.3    Die Formulare 62Aa/E bis 62Ac/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN  
A 4 hoch zu erstellen.
- 2.62A.4    Das Muster 62Aa/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen  
des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformular-  
bedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.62A.5    unbesetzt
- 2.62A.6    unbesetzt

## 2.62A.7 Muster 62Aa/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>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">62A</div> <div style="text-align: center;"> <b>Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</b> </div> <p>Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik</p> <p>_____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<b>Ergebnis der Erhebung</b>																
<p><b>Potenzial liegt vor</b> <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen <span style="float: right;">geplanter Termin</span></p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p><b>Potenzial kann perspektivisch vorliegen</b> <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>erforderliche vorbereitende Maßnahmen (<i>bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie</i>)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p><b>Potenzial liegt nicht vor</b> <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Begründung</p> <p>_____</p> <p>Maßnahmen der Therapieoptimierung (<i>ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung</i>) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p><input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.</p>																
<p><b>Weitere Erläuterungen</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ergebnis der Erhebung festgestellt am</p> <p>_____</p> <p>Erneute Erhebung geplant am</p> <p>_____</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 150px; margin-top: 10px;"></div> <p style="font-size: 0.8em; text-align: center;">Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift</p>															
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b> </div>	<p>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p>PRF.NR. Muster 62Aa/E (1.2023)</p>															

Original: DIN A 4 hoch

## 2.62A.8 Muster 62Ab/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>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">62A</div> <div style="text-align: center;"> <b>Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</b> </div> <p>Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik</p> <p>_____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<b>Ergebnis der Erhebung</b>																
<p><b>Potenzial liegt vor</b> <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen <span style="float: right;">geplanter Termin</span></p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p><b>Potenzial kann perspektivisch vorliegen</b> <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p><b>Potenzial liegt nicht vor</b> <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Begründung</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p>Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p><input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.</p>																
<p><b>Weitere Erläuterungen</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ergebnis der Erhebung festgestellt am _____</p> <p>Erneute Erhebung geplant am _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin-top: 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; bottom: 5px; right: 5px; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift</div> </div>															
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</b> </div>																

PRF-NR.  
Muster 62Ab/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch

## 2.62A.9 Muster 62Ac/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>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">62A</div> <div style="text-align: center;"> <b>Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</b> </div> <p>Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik</p> <p>_____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<b>Ergebnis der Erhebung</b>																
<p><b>Potenzial liegt vor</b> <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen <span style="float: right;">geplanter Termin</span></p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p><b>Potenzial kann perspektivisch vorliegen</b> <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>erforderliche vorbereitende Maßnahmen (<i>bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie</i>)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p><b>Potenzial liegt nicht vor</b> <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Begründung</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p>Maßnahmen der Therapieoptimierung (<i>ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung</i>) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p><input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.</p>																
<p><b>Weitere Erläuterungen</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ergebnis der Erhebung festgestellt am _____</p> <p>Erneute Erhebung geplant am _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin-top: 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; bottom: 5px; right: 5px; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift</div> </div>															
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px; font-weight: bold;">Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt</div>																

PRF-NR.  
Muster 62Ac/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch

2.62B    Muster 62B/E:        Verordnung außerklinische Intensivpflege  
(Stand: 01.2023)

2.62B.1    Für die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege sind die Muster 62Ba.1/E bis 62Bc/E gemäß der in Kapitel 2.62B.8 bis 2.62B.11 abgebildeten Form zu verwenden.

2.62B.2    Das Muster 62B/E besteht aus vier Formularen:

Muster 62Ba.1/E und

Muster 62Ba.2/E:        Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Bb/E:         Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132l

Muster 62Bc/E:         Ausfertigung für den verordnenden Arzt.

2.62B.3    Die Formulare 62Ba.1/E bis 62Bc/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A 4 hoch zu erstellen.

2.62B.4    Für die Muster 62Ba.1 und 62Ba.2 darf die Duplexbedruckung genutzt werden.

2.62B.5    Das Muster 62Ba.1/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.62B.6    unbesetzt

2.62B.7    unbesetzt



## 2.62B.8 Muster 62Ba.1/E

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; font-size: small;">geb. am</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <span>Kostenträgerkennung</span> <span>Versicherten-Nr.</span> <span>Status</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <span>Betriebsstätten-Nr.</span> <span>Arzt-Nr.</span> <span>Datum</span> </div>	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">62B</div> <div style="text-align: center; font-weight: bold; margin-top: 10px;">Verordnung außerklinischer Intensivpflege</div> <div style="text-align: center; font-size: small; margin-top: 5px;">Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin: 5px 0;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin: 5px 0;"> <span>vom</span> <span>bis</span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin: 5px 0;"></div> <div style="font-size: small; margin-top: 5px;">Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin: 5px 0;"></div>										
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <input type="checkbox"/> Erstverordnung             <input type="checkbox"/> Folgeverordnung             <input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)           </div> <div><input type="checkbox"/> Unfall</div> </div>											
<b>I. Klinischer Status</b>											
<input type="checkbox"/> <b>Beatmung, seit</b> _____											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left; font-size: small;">Beatmungsform</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Beatmungsdauer</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Spontanatmungszeit</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> invasiv</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> </tr> </table>	Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht		
Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit									
<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag									
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht									
<input type="checkbox"/> <b>Tracheostoma, seit</b> _____											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left; font-size: small;">Trachealkanüle</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Entblockungszeiten</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> geblockt           <input type="checkbox"/> ungeblockt           <input type="checkbox"/> Sprechventil         </td> <td></td> </tr> </table>	Trachealkanüle	Entblockungszeiten	<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil								
Trachealkanüle	Entblockungszeiten										
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil											
<input type="checkbox"/> <b>Endotracheale Absaugpflicht</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____</span> <span><input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten</span> <span><input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten</span> </div>											
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige vitale Funktionseinschränkungen</b> , Art und Häufigkeit _____											
<input type="checkbox"/> <b>Bewusstseinsstörung</b> , Art _____											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left; font-size: small;">Mitwirkung bei AKI</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Kommunikation Verständigung</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Orientierung vorhanden, zu</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Mobilität vorhanden</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Orale Ernährung</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> uneingeschränkt  <input type="checkbox"/> eingeschränkt  <input type="checkbox"/> nicht möglich         </td> <td> <input type="checkbox"/> uneingeschränkt  <input type="checkbox"/> eingeschränkt  <input type="checkbox"/> nicht möglich         </td> <td> <input type="checkbox"/> Ort  <input type="checkbox"/> Zeit  <input type="checkbox"/> Person  <input type="checkbox"/> Situation  <input type="checkbox"/> nicht vorhanden         </td> <td> <input type="checkbox"/> uneingeschränkt  <input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl  <input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig  <input type="checkbox"/> immobil           <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small; margin-top: 5px;"> <span><input type="checkbox"/> Nackengriff</span> <span><input type="checkbox"/> Schürzengriff</span> <span><input type="checkbox"/> Faustschluss</span> <span><input type="checkbox"/> Pinzettengriff</span> </div> </td> <td> <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> teilweise         </td> </tr> </table>		Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl <input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> immobil <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small; margin-top: 5px;"> <span><input type="checkbox"/> Nackengriff</span> <span><input type="checkbox"/> Schürzengriff</span> <span><input type="checkbox"/> Faustschluss</span> <span><input type="checkbox"/> Pinzettengriff</span> </div>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung							
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl <input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> immobil <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small; margin-top: 5px;"> <span><input type="checkbox"/> Nackengriff</span> <span><input type="checkbox"/> Schürzengriff</span> <span><input type="checkbox"/> Faustschluss</span> <span><input type="checkbox"/> Pinzettengriff</span> </div>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise							
<b>II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI</b> _____ Stunden je Tag											
<b>III. Weitere Hinweise</b>											
<input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.											
Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität											
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt           <input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt           <input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht         </div> </div>											
Weitere Erläuterungen _____											
Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt _____											
Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung) _____											
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)</div>											

Vertragsarztstempel/Unterschrift  
des verordnenden Arztes

PRF.NR.  
Muster 62Ba.1/E (1.2023)

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Original: DIN A 4 hoch

## 2.62B.9 Muster 62Ba.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Antrag des Versicherten auf außerklinische Intensivpflege** (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Ich beantrage außerklinische Intensivpflege für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt	<input type="checkbox"/> im Haushalt einer sonstigen Person	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen
<input type="checkbox"/> in einer vollstationären Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/> in einer Wohneinheit
	<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	<input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung

**Leistungsort**

Name des Leistungsortes	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ	Ort

Wird von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum die Übernahme von Leistungen angestrebt?

☐ Ja, es wird die Übernahme folgender Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Nein, es wird keine Übernahme von Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt.

**An der Versorgung beteiligte An- und Zugehörige**

Name
Straße, Haus-Nr.
PLZ                      Ort

Datum \_\_\_\_\_

**Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in**

Name
Straße, Haus-Nr.
PLZ                      Ort
Telefonnummer <small>(freiwillige Angabe)</small>

Unterschrift des Versicherten  
oder des gesetzlichen Vertreters

**Angaben des Leistungserbringers nach § 132I Abs. 5 SGB V** (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Die außerklinische Intensivpflege wird täglich in der Zeit

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ im Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden erbracht.

Die außerklinische Intensivpflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Leistungserbringer (§ 132I Abs. 5 SGB V)

Name	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ	Ort
Institutionskennzeichen	
Ansprechpartner (Name)	
Telefonnummer	Fax-Nr.
E-Mail-Adresse	

Datum \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

PRF.NR.  
Muster 62Ba.2/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch

## 2.62B.10 Muster 62Bb/E

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; font-size: small;">geb. am</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <span>Kostenträgerkennung</span> <span>Versicherten-Nr.</span> <span>Status</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <span>Betriebsstätten-Nr.</span> <span>Arzt-Nr.</span> <span>Datum</span> </div>	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">62B</div> <div style="text-align: center; font-weight: bold; margin-top: 10px;">Verordnung außerklinischer Intensivpflege</div> <div style="text-align: center; font-size: small; margin-top: 5px;">Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin: 5px 0;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin: 5px 0;"> <span>vom</span> <span>bis</span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin: 5px 0;"></div> <div style="font-size: small; margin-top: 5px;">Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin: 5px 0;"></div>										
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <input type="checkbox"/> Erstverordnung             <input type="checkbox"/> Folgeverordnung             <input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)           </div> <div><input type="checkbox"/> Unfall</div> </div>											
<b>I. Klinischer Status</b>											
<input type="checkbox"/> <b>Beatmung, seit</b> _____											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left; font-size: small;">Beatmungsform</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Beatmungsdauer</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Spontanatmungszeit</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> invasiv</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> </tr> </table>	Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht		
Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit									
<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag									
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht									
<input type="checkbox"/> <b>Tracheostoma, seit</b> _____											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left; font-size: small;">Trachealkanüle</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Entblockungszeiten</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> geblockt           <input type="checkbox"/> ungeblockt           <input type="checkbox"/> Sprechventil         </td> <td></td> </tr> </table>	Trachealkanüle	Entblockungszeiten	<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil								
Trachealkanüle	Entblockungszeiten										
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil											
<input type="checkbox"/> <b>Endotracheale Absaugpflicht</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____</span> <span><input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten</span> <span><input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten</span> </div>											
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige vitale Funktionseinschränkungen</b> , Art und Häufigkeit _____											
<input type="checkbox"/> <b>Bewusstseinsstörung</b> , Art _____											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left; font-size: small;">Mitwirkung bei AKI</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Kommunikation Verständigung</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Orientierung vorhanden, zu</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Mobilität vorhanden</th> <th style="text-align: left; font-size: small;">Orale Ernährung</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> uneingeschränkt  <input type="checkbox"/> eingeschränkt  <input type="checkbox"/> nicht möglich         </td> <td> <input type="checkbox"/> uneingeschränkt  <input type="checkbox"/> eingeschränkt  <input type="checkbox"/> nicht möglich         </td> <td> <input type="checkbox"/> Ort  <input type="checkbox"/> Zeit  <input type="checkbox"/> Person  <input type="checkbox"/> Situation  <input type="checkbox"/> nicht vorhanden         </td> <td> <input type="checkbox"/> uneingeschränkt  <input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl  <input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig  <input type="checkbox"/> immobil           <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span><input type="checkbox"/> Nackengriff</span> <span><input type="checkbox"/> Schürzengriff</span> <span><input type="checkbox"/> Faustschluss</span> <span><input type="checkbox"/> Pinzettengriff</span> </div> </td> <td> <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> teilweise         </td> </tr> </table>		Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl <input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> immobil <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span><input type="checkbox"/> Nackengriff</span> <span><input type="checkbox"/> Schürzengriff</span> <span><input type="checkbox"/> Faustschluss</span> <span><input type="checkbox"/> Pinzettengriff</span> </div>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung							
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl <input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> immobil <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span><input type="checkbox"/> Nackengriff</span> <span><input type="checkbox"/> Schürzengriff</span> <span><input type="checkbox"/> Faustschluss</span> <span><input type="checkbox"/> Pinzettengriff</span> </div>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise							
<b>II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI</b> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">Stunden je Tag</div>											
<b>III. Weitere Hinweise</b>											
<input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.											
Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität											
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt           <input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt           <input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht         </div> </div>											
Weitere Erläuterungen _____											
Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt _____											
Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung) _____											
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I</div> <div style="float: right; text-align: center; font-size: x-small; margin-top: 10px;">         Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes       </div>											

PRF.NR.  
Muster 62Bb/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch

## 2.62B.11 Muster 62Bc/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>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"><b>62B</b></div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung außerklinischer Intensivpflege</h3> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code) _____</p> <p>vom _____ bis _____</p> <p>Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Erstverordnung    <input type="checkbox"/> Folgeverordnung    <input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)    <input type="checkbox"/> Unfall</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

**I. Klinischer Status**

☐ **Beatmung, seit** \_\_\_\_\_
 

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht

☐ **Tracheostoma, seit** \_\_\_\_\_
 

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____

☐ **Endotracheale Absaugpflicht**    durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz \_\_\_\_\_    ☐ zu regelmäßigen Zeiten    ☐ zu unregelmäßigen Zeiten

☐ **Sonstige vitale Funktionseinschränkungen**, Art und Häufigkeit \_\_\_\_\_

☐ **Bewusstseinsstörung**, Art \_\_\_\_\_
 

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl <input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise

**II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI**    \_\_\_\_\_ Stunden je Tag

**III. Weitere Hinweise**

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität  
☐ sind weiterhin angezeigt    ☐ sind nicht mehr angezeigt    ☐ werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen \_\_\_\_\_

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt \_\_\_\_\_

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung) \_\_\_\_\_

**Ausfertigung für den verordnenden Arzt**

Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes

PRF.NR.  
Muster 62Bc/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch

## 2.62C Muster 62C/E: Behandlungsplan

(Stand: 01.2023)

2.62C.1 Für den Behandlungsplan sind die Muster 62Ca/E bis 62Cc/E gemäß der in Kapitel 2.62C.6 bis 2.62C.8 abgebildeten Form zu verwenden.

2.62C.2 Das Muster 62C/E besteht aus drei Formularen:

Muster 62Ca/E: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Cb/E: Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I

Muster 62Cc/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt.

2.62C.3 Die Formulare 62Ca/E bis 62Cc/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A 4 hoch zu erstellen.

2.62C.4 unbesetzt

2.62C.5 unbesetzt

## 2.62C.6 Muster 62Ca/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>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold;">62C</div> <h3 style="text-align: center;">Behandlungsplan</h3> <p style="text-align: center;">Bedarfsmedikamente für AKI</p> <hr/> <hr/> <p>Notfallmanagement</p> <hr/> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

**Therapieziele**

---

MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim \_\_\_\_\_

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI ☐ Logopädie ☐ Physiotherapie ☐ Ergotherapie

**Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege**

☐ **Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter** \_\_\_\_\_

☐ **Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement**

<b>Tracheotomie</b> <input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	<b>Trachealkanüle</b> Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____	<b>Befeuchtung</b> <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv
--	--	--

☐ **Sekretmanagement**

<b>Absauggerät</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<b>Inhalationsgerät</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____ Medikament/Substanz _____
--	---

☐ **Dysphagiemanagement**

☐ **Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes**  
Beatmungsgeräteinstellungen

☐ **Sauerstoffsufflation** ☐ ja ☐ nein ☐ Notfallversorgung

<b>mit Beatmung</b> Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	<b>unter Spontanatmung</b> Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	<b>Mobilität</b> Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____
--	---	---

☐ **Spezielle Hygienemaßnahmen** \_\_\_\_\_

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI) \_\_\_\_\_

---

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)	Häufigkeit			Dauer	
Leistung	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin \_\_\_\_\_

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

PRF NR.  
Muster 62Ca/E (1.2023)

Original: DIN A 4 hoch

## 2.62C.7 Muster 62Cb/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>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold;">62C</div> <h3 style="text-align: center;">Behandlungsplan</h3> <p style="text-align: center;">Bedarfsmedikamente für AKI</p> <hr/> <hr/> <p>Notfallmanagement</p> <hr/> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

**Therapieziele**

---

MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim \_\_\_\_\_

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI ☐ Logopädie ☐ Physiotherapie ☐ Ergotherapie

**Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege**

☐ **Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter** \_\_\_\_\_

☐ **Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement**

<b>Tracheotomie</b> <input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	<b>Trachealkanüle</b> Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____	<b>Befeuchtung</b> <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv
--	--	--

☐ **Sekretmanagement**

<b>Absauggerät</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<b>Inhalationsgerät</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____ Medikament/Substanz _____
--	---

☐ **Dysphagiemanagement**

☐ **Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes**  
Beatmungsgeräteinstellungen

☐ **Sauerstoffsufflation** ☐ ja ☐ nein ☐ Notfallversorgung

<b>mit Beatmung</b> Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	<b>unter Spontanatmung</b> Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	<b>Mobilität</b> Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____
--	---	---

☐ **Spezielle Hygienemaßnahmen** \_\_\_\_\_

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI) \_\_\_\_\_

---

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)	Häufigkeit			Dauer	
Leistung	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin \_\_\_\_\_

ärztliche Unterschrift

**Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I**

PPF-NR. Muster 62Cb/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch

## 2.62C.8 Muster 62Cc/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>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold;">62C</div> <h3 style="text-align: center;">Behandlungsplan</h3> <p style="text-align: center;">Bedarfsmedikamente für AKI</p> <hr/> <hr/> <p>Notfallmanagement</p> <hr/> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

**Therapieziele**

---

MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim \_\_\_\_\_

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI ☐ Logopädie ☐ Physiotherapie ☐ Ergotherapie

**Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege**

☐ **Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter** \_\_\_\_\_

☐ **Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement**

<b>Tracheotomie</b> <input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	<b>Trachealkanüle</b> Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____, ____	<b>Befeuchtung</b> <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv
--	--	--

☐ **Sekretmanagement**

<b>Absauggerät</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<b>Inhalationsgerät</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____ Medikament/Substanz _____
--	---

☐ **Dysphagiemanagement**

☐ **Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes**  
Beatmungsgeräteeinstellungen

☐ **Sauerstoffinsufflation** ☐ ja ☐ nein ☐ Notfallversorgung

<b>mit Beatmung</b> Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	<b>unter Spontanatmung</b> Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	<b>Mobilität</b> Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____
--	---	---

☐ **Spezielle Hygienemaßnahmen** \_\_\_\_\_

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI) \_\_\_\_\_

---

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)	Häufigkeit			Dauer	
Leistung	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin \_\_\_\_\_

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

PRF NR.  
Muster 62Cc/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch



## 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.

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</b>		<b>63</b>
Name, Vorname des Versicherten			geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			

☐ Erstverordnung
 ☐ Folgeverordnung

☐ Unfall  
Unfallfolgen

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)** (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

**Komplexes Symptomgeschehen**

☐ ausgeprägte urogenitale Symptomatik

☐ ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik

☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

☐ ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore

☐ ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik

☐ sonstiges komplexes Symptomgeschehen

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BtM) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Folgende Maßnahmen sind notwendig**

☐ Beratung

☐ a. des behandelnden Arztes  
☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft  
☐ c. des Patienten / der Angehörigen

☐ Koordination der Palliativversorgung

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Additiv unterstützende Teilversorgung

☐ Vollständige Versorgung

**Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

KBV-PRF NR.  
Muster 63a.1/E (10.2014)

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Antrag des Versicherten**

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wie vom behandelnden Arzt verordnet beantragt.

Datum \_\_\_\_\_

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

**Angaben des Leistungserbringers für die SAPV**

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

\_\_\_\_\_  
Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner (Name)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Fax-Nummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Datum \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

**Genehmigung der Krankenkasse**

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

☐ entsprechend der Verordnung übernommen

☐ in folgendem Umfang übernommen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

**Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht**

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Datum \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

KBV-PRF-NR.  
Muster 63a.2/E (10.2014)

Original: DIN A4 hoch

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</b>		<b>63</b>
Name, Vorname des Versicherten			geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			

☐ Erstverordnung
 ☐ Folgeverordnung

☐ Unfall  
Unfallfolgen

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)** (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

**Komplexes Symptomgeschehen**

☐ ausgeprägte urogenitale Symptomatik

☐ ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik

☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

☐ ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore

☐ ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik

☐ sonstiges komplexes Symptomgeschehen

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BtM) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Folgende Maßnahmen sind notwendig**

☐ Beratung

☐ a. des behandelnden Arztes  
☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft  
☐ c. des Patienten / der Angehörigen

☐ Koordination der Palliativversorgung

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

☐ Additiv unterstützende Teilversorgung
 ☐ Vollständige Versorgung

**Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
 Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer  
 KBV-PRF NR.  
 Muster 63b/E (10.2014)

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

2.63.9 unbesetzt

## 2.63.10 Muster 63c/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>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr><tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr></table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold;">63</div> <div style="text-align: center;"><b>Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</b></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> Erst- verordnung</div><div><input type="checkbox"/> Folge- verordnung</div></div> <div><input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen</div> <div style="margin-top: 10px;">vom _____ bis _____</div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<b>Verordnungsrelevante Diagnose(n)</b> (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) _____ _____ _____																
Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.																
<b>Komplexes Symptomgeschehen</b> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"><div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik</div><div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik</div><div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik</div><div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore</div><div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik</div><div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen</div></div>																
<b>Nähere Beschreibung</b> des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle) _____ _____ _____																
<b>Aktuelle Medikation</b> (ggf. einschließlich BtM) _____ _____ _____ _____																
<b>Folgende Maßnahmen sind notwendig</b> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"><div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> Beratung</div><div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes</div><div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung</div><div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft</div><div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen</div></div>																
mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige) _____ _____ _____																
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung</div><div><input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung</div></div>																
<b>Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV</b> _____ _____ _____ _____ _____																
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <div style="font-size: small; margin-top: 5px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer - der Abrechnung beizufügen KBV-PRF-NR. Muster 63c/E (10.2014)</div>															

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Original: DIN A4 hoch

2.63.11 unbesetzt

2.63.12 **Muster 63d/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="2"></td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr><tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr><tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr></table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold;">63</div> <div style="text-align: center;"><b>Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</b></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> Erst- verordnung</div><div><input type="checkbox"/> Folge- verordnung</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen</div><div></div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>vom _____</div><div>bis _____</div></div> <p><b>Verordnungsrelevante Diagnose(n)</b> (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) _____</p> <p>_____</p> <p>Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.</p> <p><b>Komplexes Symptomgeschehen</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"><div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik</div><div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik</div><div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik</div><div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore</div><div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik</div><div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen</div></div> <p><b>Nähere Beschreibung</b> des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Aktuelle Medikation</b> (ggf. einschließlich BtM) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Folgende Maßnahmen sind notwendig</b></p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"><div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> Beratung</div><div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-start;"><div><input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes</div><div><input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft</div><div><input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen</div></div><div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung</div></div> <p>mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung</div><div><input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung</div></div> <p><b>Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;"><p>Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.</p></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px; width: 200px; text-align: center;"><p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p><p>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</p><p><small>KBV-PRF. NR. Muster 63d/E (10.2014)</small></p></div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Original: DIN A4 hoch

- 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

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>64 Teil A</b> <b>Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V</b> <b>Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für eine Vorsorgeleistung ist gegeben</b>	
Name, Vorname des Versicherten			geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		

**I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen**

**A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren**  
*(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung**

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**II. Vorsorgebedürftigkeit**

**A. Kurze Angaben zur Anamnese**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen**  
*(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind**

<input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	<input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	<input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
<input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	<input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/Trennung vom Partner	<input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule
<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> soziale Isolation	<input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)	<input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit
<input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters	<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/> allein erziehend	<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie
<input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten			

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ausfertigung für die Krankenkasse**  
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten

PRF NR.  
Muster 64 Aa/E (10/2018)

Original DIN A4 hoch



Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V</b>  <b>Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für eine Vorsorgeleistung ist gegeben</b>	<b>64 Teil A</b>	
Name, Vorname des Versicherten					
geb. am					
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			

**I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen**

**A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren**  
*(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung**

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**II. Vorsorgebedürftigkeit**

**A. Kurze Angaben zur Anamnese**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen**  
*(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind**

<input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	<input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	<input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
<input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	<input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/Trennung vom Partner	<input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule
<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> soziale Isolation	<input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)	<input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit
<input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters	<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie	
<input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten	<input type="checkbox"/> allein erziehend		

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ausfertigung für den Arzt**  
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten

PRF NR.  
Muster 64 Ab/E (10-2018)

Original DIN A4 hoch

## 2.64.10 Muster 64Ba/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	<b>64 Teil B</b>
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

**III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

**B. Bisherige andere Maßnahmen** (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, 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**

☐ Mütter-Leistung
 ☐ Väter-Leistung
 ☐ Mutter-Kind-Leistung
 ☐ Vater-Kind-Leistung

**B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen**

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungs- notwendigkeit*	Belastete Mutter-/ Vater-Kind- Beziehung	Psychosoziale Gründe/ Betreuung notwendig
1. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Das "Ärztliche Attest Kind" (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

**VI. Sonstige Angaben**

**A. Anforderungen an die Einrichtung** (z.B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

☐ ja, folgende \_\_\_\_\_

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

☐ ja, Erläuterung \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer**

\_\_\_\_\_

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

PFF NR.  
Muster 64 Ba/E (10-2018)

Original DIN A4 hoch

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	<b>64 Teil B</b>
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

**III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

**B. Bisherige andere Maßnahmen** (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, 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**

☐ Mütter-Leistung    
 ☐ Väter-Leistung    
 ☐ Mutter-Kind-Leistung    
 ☐ Vater-Kind-Leistung

**B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen**

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungs- notwendigkeit*	Belastete Mutter-/ Vater-Kind- Beziehung	Psychosoziale Gründe/ Betreuung notwendig
1. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Das "Ärztliche Attest Kind" (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

**VI. Sonstige Angaben**

**A. Anforderungen an die Einrichtung** (z.B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

☐ ja, folgende \_\_\_\_\_

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

☐ ja, Erläuterung \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer**

\_\_\_\_\_

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Arzt

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

PRF NR.  
Muster 64 Bb/E (10-2018)

## 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

<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="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">65</div> <div style="text-align: center;"> <b>Ärztliches Attest Kind</b>  <b>zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation</b>  <b>für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V</b> </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

**I. Kurze Angaben zur Anamnese**

**II. Vorliegende Gesundheitsprobleme**

**A. Gesundheitsstörungen** *(Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)*

**B. Erkrankungen**

Diagnoseschlüssel  
ICD-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, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)*

☐ ja, folgende

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung  
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum  
  
 \_\_\_\_\_

Vertragsarztsiegel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für die Krankenkasse**  
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF NR.  
Muster 65a/E(10.2018)

Original: DIN A4 hoch

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Ärztliches Attest Kind</b> zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V		<b>65</b>
Name, Vorname des Versicherten			geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			

**I. Kurze Angaben zur Anamnese**

**II. Vorliegende Gesundheitsprobleme**

**A. Gesundheitsstörungen** (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

**B. Erkrankungen**

Diagnoseschlüssel  
ICD-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, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

☐ ja, folgende

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

Vertragsarztsiegel / Unterschrift des Arztes  
  
 PRF NR.  
 Muster 65b/E(10.2018)

Ausfertigung für den Arzt

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Original: DIN A4 hoch

- 2.66      Muster 66/E bis 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 Blankoformular-  
bedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.70.5    unbesetzt
- 2.70.6    unbesetzt

## 2.70.7 Muster 70a/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">Behandlungsplan <span style="float: right;">70</span></h3> <p><b>für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten</b></p> <p><b>I Indikation(en)</b> gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung</p> <hr/> <p><b>II Geplante Behandlungsmaßnahme</b></p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>             Insemination im Spontanzklus (gemäß Nr. 10.1)              Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)              In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)              Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)              Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)           </div> </div> <p>Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5) _____</p>								
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																							
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																					
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																					
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																							
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																					
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																					
<h3>III Kostenschätzung</h3> <p>Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.</p> <div style="display: flex;"> <div style="width: 50%;"> <p><b>a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</b></p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>♀</td><td></td></tr> <tr><td>♂</td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td><b>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</b></td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Ort</td><td>Datum</td></tr> </table> </div> <div style="width: 50%;"> <p><b>b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</b></p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>♀</td><td></td></tr> <tr><td>♂</td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Medikamentenkosten (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> <tr><td><b>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b></td><td>♀</td></tr> <tr><td></td><td>♂</td></tr> </table> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin-top: 10px; text-align: center; font-size: 8px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div>		♀		♂		Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀		♂	Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀		♂	<b>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</b>	♀		♂	Ort	Datum	♀		♂		Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀		♂	Medikamentenkosten (Euro)	♀		♂	Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀		♂	<b>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b>	♀		♂
♀																																							
♂																																							
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀																																						
	♂																																						
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀																																						
	♂																																						
<b>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</b>	♀																																						
	♂																																						
Ort	Datum																																						
♀																																							
♂																																							
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀																																						
	♂																																						
Medikamentenkosten (Euro)	♀																																						
	♂																																						
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀																																						
	♂																																						
<b>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b>	♀																																						
	♂																																						
<h3>IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)</h3> <p>Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.</p> <p>Bei einer Genehmigung für 3 IVF- oder ICSI-Zyklen steht der 3. IVF- oder ICSI-Zyklus unter dem Vorbehalt, dass in einem von 2 Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzklus kann die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt werden.</p> <p>Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann - u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro - erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.</p> <p>Bei Änderungen der Behandlungsmethode (siehe Abschnitt II) sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt</b> </div> <p style="font-size: 8px;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>																																							
<h3>Der Behandlungs-/Kostenplan wird</h3> <div style="display: flex;"> <div style="width: 45%;"> <p>für maximal _____ Zyklen/Zyklus <b>genehmigt</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt</b> (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> </div> <div style="width: 55%; text-align: center;"> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-top: 10px; text-align: center; font-size: 8px;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</div> <hr/> <div style="display: flex;"> <div style="width: 45%;"> <p>für maximal _____ Zyklen/Zyklus <b>genehmigt</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt</b> (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> </div> <div style="width: 55%; text-align: center;"> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-top: 10px; text-align: center; font-size: 8px;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</div>																																							

KBV-PRF-NR.

Muster 70a/E (10.2014)

Original: DIN A4 hoch



## 2.70.8 Muster 70b/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">70</div> <h3 style="text-align: center;">Behandlungsplan</h3> <p style="text-align: center;">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><b>I Indikation(en)</b> gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung</p> <hr/> <p><b>II Geplante Behandlungsmaßnahme</b></p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>             Insemination im Spontanzklus (gemäß Nr. 10.1)              Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)              In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)              Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)              Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)           </div> </div> <p>Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5) _____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																													
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																													

**III Kostenschätzung**

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.

**a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen**

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	
♂	
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀
	♂
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀
	♂
<b>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</b>	♀
	♂
Ort	Datum

**b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)**

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	
♂	
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀
	♂
Medikamentenkosten (Euro)	♀
	♂
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀
	♂
<b>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b>	♀
	♂

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)**

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Bei einer Genehmigung für 3 IVF- oder ICSI-Zyklen steht der 3. IVF- oder ICSI-Zyklus unter dem Vorbehalt, dass in einem von 2 Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzklus kann die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt werden.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann - u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro - erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Bei Änderungen der Behandlungsmethode (siehe Abschnitt II) sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.

Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigung

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

**Der Behandlungs-/Kostenplan wird**

für maximal \_\_\_\_\_ Zyklen/Zyklus **genehmigt**  
  
☐ **nicht genehmigt**  
 (separate Begründung anbei)  
 Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

♀

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen

---

für maximal \_\_\_\_\_ Zyklen/Zyklus **genehmigt**  
  
☐ **nicht genehmigt**  
 (separate Begründung anbei)  
 Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

♂

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen

KBV-PRF-NR.
Muster 70b/E (10.2014)

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 Blankoformular-  
bedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.70A.5    unbesetzt
- 2.70A.6    unbesetzt

## 2.70.A.7 Muster 70Aa/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Folge-Behandlungsplan</b>		<b>70A</b>
Name, Vorname des Versicherten				geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>II Geplante Behandlungsmaßnahme</b>	
Name, Vorname des Versicherten			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

**I Indikation(en)**  
gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung

**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**

**II Geplante Behandlungsmaßnahme**

☐  
☐  
☐  
☐  
☐

Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)

Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)

In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)

Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)

Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)

Anzahl und Art bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)

**III Kostenschätzung**

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.

**a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen**

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	♂
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 40px; text-align: center;">♀</div><div style="width: 40px; text-align: center;">♂</div></div>
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 40px; text-align: center;">♀</div><div style="width: 40px; text-align: center;">♂</div></div>
<b>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 40px; text-align: center;">♀</div><div style="width: 40px; text-align: center;">♂</div></div>
Ort	Datum

**b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)**

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

♀	♂
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 40px; text-align: center;">♀</div><div style="width: 40px; text-align: center;">♂</div></div>
Medikamentenkosten (Euro)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 40px; text-align: center;">♀</div><div style="width: 40px; text-align: center;">♂</div></div>
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 40px; text-align: center;">♀</div><div style="width: 40px; text-align: center;">♂</div></div>
<b>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 40px; text-align: center;">♀</div><div style="width: 40px; text-align: center;">♂</div></div>

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)**

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Genehmigung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen (einschließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, die jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat.

Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann - u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro - erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung sowie bei Änderung der Behandlungsmethode ist ein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen.

**Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt**

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

**Der Behandlungs-/Kostenplan wird**

für maximal \_\_\_\_\_ Zyklen/Zyklus **genehmigt**

☐ **nicht genehmigt**  
(separate Begründung anbei)

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen

für maximal \_\_\_\_\_ Zyklen/Zyklus **genehmigt**

☐ **nicht genehmigt**  
(separate Begründung anbei)

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen

KBV-PRF-NR.

Muster 70Aa/E (10.2014)

Original: DIN A4 hoch

## 2.70.A.8 Muster 70Ab/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am				Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">Folge-Behandlungsplan <span style="float: right;">70A</span></h3> <p><b>zum Behandlungsplan vom _____</b>  <b>für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V</b>  <b>sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des</b>  <b>Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten</b></p> <p><b>I Indikation(en)</b>          gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung</p> <hr/> <p><b>II Geplante Behandlungsmaßnahme</b></p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> </div> <div>             Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)              Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)              In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)              Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)              Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)           </div> </div> <p>Anzahl und Art bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5)</p> <hr/> <p><b>III Kostenschätzung</b></p> <p>Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.</p> <div style="display: flex;"> <div style="width: 50%;"> <p><b>a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</b></p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>♀</td><td></td></tr> <tr><td>♂</td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td></td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td></td></tr> <tr><td><b>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</b></td><td></td></tr> <tr><td>Ort</td><td>Datum</td></tr> </table> </div> <div style="width: 50%;"> <p><b>b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</b></p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>♀</td><td></td></tr> <tr><td>♂</td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td></td></tr> <tr><td>Medikamentenkosten (Euro)</td><td></td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td></td></tr> <tr><td><b>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b></td><td></td></tr> <tr><td>Ort</td><td>Datum</td></tr> </table> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin-top: 10px; text-align: center; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div> <hr/> <div style="display: flex;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)</b></p> <p>Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.</p> <p>Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Genehmigung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen (einschließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, die jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat.</p> <p>Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann - u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro - erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.</p> <p>Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung sowie bei Änderung der Behandlungsmethode ist ein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigung</div> <p style="font-size: x-small;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> </div> <div style="width: 55%;"> <p><b>Der Behandlungs-/Kostenplan wird</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             für maximal _____ Zyklen/Zyklus <b>genehmigt</b>  <input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt</b>              (separate Begründung anbei)              Ort _____ Datum _____           </div> <div style="text-align: center; font-size: 40px;">♀</div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             für maximal _____ Zyklen/Zyklus <b>genehmigt</b>  <input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt</b>              (separate Begründung anbei)              Ort _____ Datum _____           </div> <div style="text-align: center; font-size: 40px;">♂</div> </div> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin-top: 10px; text-align: center; font-size: x-small;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin-top: 10px; text-align: center; font-size: x-small;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 10px;">KBV-PRF-NR. _____ Muster 70Ab/E (10.2014)</p>	♀		♂		Summe Ärztliche Behandlung (Euro)		Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)		<b>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</b>		Ort	Datum	♀		♂		Summe Ärztliche Behandlung (Euro)		Medikamentenkosten (Euro)		Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)		<b>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b>		Ort	Datum
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																									
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																							
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																							
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																							
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																									
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																							
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																							
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																							
♀																																																									
♂																																																									
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)																																																									
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)																																																									
<b>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</b>																																																									
Ort	Datum																																																								
♀																																																									
♂																																																									
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)																																																									
Medikamentenkosten (Euro)																																																									
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)																																																									
<b>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b>																																																									
Ort	Datum																																																								

Original: DIN A4 hoch

2.71      Muster 71/E bis 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.