

## Anlage 2a

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

- Vordruck-Vereinbarung Blankoformularbedruckung -

## **Inhaltsverzeichnis**

<b><u>1. 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><u>2. 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 Krankenbeförderung .....	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

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

<b>2.62C Muster 62C/E: Behandlungsplan .....</b>	<b>133</b>
<b>2.63 Muster 63/E: Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) .....</b>	<b>137</b>
<b>2.64 Muster 64/E: Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V .....</b>	<b>143</b>
<b>2.65 Muster 65/E: Ärztliches Attest Kind.....</b>	<b>148</b>
<b>2.66 Muster 66/E bis 2.69 Muster 69/E: unbesetzt.....</b>	<b>151</b>
<b>2.70 Muster 70/E: Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesaus-schusses für die hier genannten Ehegatten .....</b>	<b>151</b>
<b>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 .....</b>	<b>154</b>
<b>2.71 Muster 71/E bis 2.99A Muster 99A/E: unbesetzt.....</b>	<b>157</b>
<b><u>3. INKRAFTTREten UND SCHLUSSVORSCHRIFTEN</u></b>	<b><u>158</u></b>
<b>3.1 Inkrafttreten.....</b>	<b>158</b>
<b>3.2 Kündigung.....</b>	<b>158</b>
<b>3.3 Anpassung an geänderte Verhältnisse .....</b>	<b>158</b>
<b><u>4. PROTOKOLLNOTIZEN</u></b>	<b><u>159</u></b>

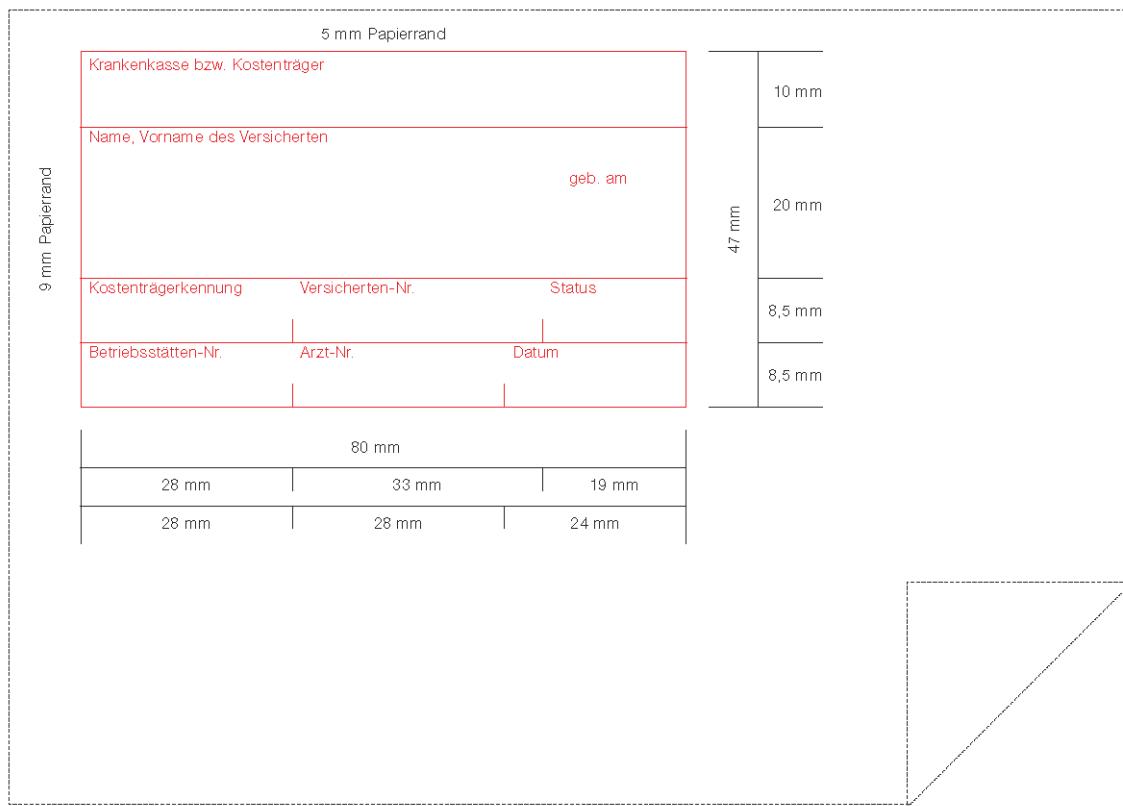
# **1. Allgemeines**

## **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:



- 1.1.9 Für die Herstellung des Sicherheitspapiers ist tintenfestes weißes Papier in einer für die maschinelle Beleglesung geeigneten Qualität, d. h. in einer Papierstärke von mindestens 90 g/m<sup>2</sup> gemäß DIN 6723 zu verwenden.

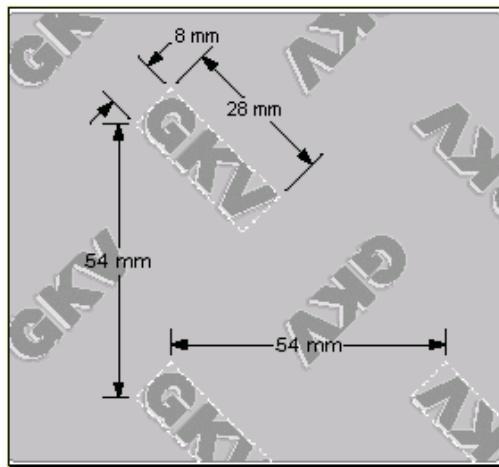
- 1.1.10 Das Sicherheitspapier weist folgende Merkmale auf:

- 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 Formularsicherheit 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>Feldbezeichnung</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)

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
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 Krankenbeförderung	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

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
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

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
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

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
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

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
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 Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 62Ab/E	Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA	Ausfertigung für den verordnenden Arzt	Ja	0
Muster 62Ac/E	Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- 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

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
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

<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>Verordnung von Krankenhausbehandlung</b></p> <p>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</p> <p><input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung    <input type="checkbox"/> Notfall</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen    <input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)</p> <p>Nachsterreichbare, geeignete Krankenhäuser</p>
<p>Diagnose</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>	
<p>Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.</p> <p>Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.</p>	
<p>Vom Krankenhaus auszufüllen:</p> <p>Krankenhausaufnahme erfolgt(e) am (Tag)</p> <hr/>	<p>Stempel des Krankenhauses und Unterschrift</p>
<p>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpaxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>	

Original: DIN A5 hoch

## 2.2.9 Muster 2b/E

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p style="text-align: right;">geb. am</p> <p>Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status</p> <p>Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum</p>	<p><b>Verordnung von Krankenhausbehandlung</b></p> <p>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</p> <p><input type="checkbox"/> Belegarzt-behandlung    <input type="checkbox"/> Notfall</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall,    <input type="checkbox"/> Versorgungs- Unfallfolgen    leiden (BVG)</p> <p>Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser</p>
<p><b>Diagnose</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small>	
<p><b>Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!</b></p> <p>Untersuchungsergebnisse</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Mitgegebene Befunde</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>	
<small>Muster 2b/E (10.2014) KBV-PRF-NR.</small>	
<b>Ausfertigung für den Krankenhausarzt ! Vertraulich!</b>	

Original: DIN A5 hoch

## 2.2.10 Muster 2c/E

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p style="text-align: right;">geb. am</p> <p>Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status</p> <p>Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum</p>	<p><b>Verordnung von Krankenhausbehandlung</b></p> <p>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</p> <p><input type="checkbox"/> Belegarzt-behandlung    <input type="checkbox"/> Notfall</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall,    <input type="checkbox"/> Versorgungs- Unfallfolgen    leiden (BVG)</p> <p>Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser</p>
<p><b>Diagnose</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<small>Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!</small>	
<p>Untersuchungsergebnisse</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Mitgegebene Befunde</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<small>Diese Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>	
<small>Muster 2c/E (10.2014) KBV-PRF-NR.</small>	
<b>Ausfertigung für den überweisenden Arzt</b>	

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**

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p style="text-align: right;">geb. am</p>	<p><b>Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung</b></p> <p><b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b></p>						
<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
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum					
<p>Zum Nachweis gegenüber der Krankenkasse (Beantragung von Mutterschaftsgeld) 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> <p>Ggf. besondere Feststellungen          _____          _____          _____</p>							
<p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> 							
<p><b>Vor der Weitergabe des Vordrucks an die Krankenkasse von der Versicherten auszufüllen.</b></p> <p>Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____</p> <p>PLZ _____ Wohngt. _____ Straße, Haus-Nr. _____</p> <p>Kontoinhaber _____</p> <p>IBAN _____</p> <p>Geldinstitut _____ BIC _____</p> <p><b>Angaben zum Beschäftigungsverhältnis</b></p> <p>Ich bin derzeit _____ gekündigt / befristet zum _____</p> <p><input type="checkbox"/> beschäftigt, bei _____ Anschrift des Arbeitgebers _____</p> <p><input type="checkbox"/> selbstständig</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitslos</p> <p><input type="checkbox"/> Künstlerin / Publizistin</p> <p style="text-align: center;"><b>Erklärung:</b> 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.</p> <p style="text-align: center;">Datum _____</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">Unterschrift der Versicherten </p>							

Original: DIN A5 hoch

## 2.3.8 Muster 3b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name, Vorname des Versicherten		geb. am	<b>Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung</b>  <b>Ausfertigung für die Versicherte</b> (z.B. zur Vorlage beim Arbeitgeber)
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> <p>Ggf. besondere Feststellungen _____ _____</p>				
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes				
<small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>				
<small>KBV-PRFNR Muster 3b/E (10.2014)</small>				

Original: DIN A5 hoch

## 2.4 Muster 4/E: Verordnung einer Krankenbeförderung

.(Stand: 7.2020)

- 2.4.1 Für die Verordnung einer Krankenbeförderung 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

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 Personalienfeld 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

Krankenkasse bzw. Kostenträger					
Name, Vorname des Versicherten		geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			
<b>Abrechnungsschein</b> <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie <input type="checkbox"/> anerkannte Psychotherapie Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen <hr/> <hr/>					
Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides _____					
Tag	Mon.	Tag	Mon.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     Mutmaßlicher Tag der Entbindung  <hr/>                     Stationäre belegärztliche Behandlung von _____ bis _____                      Tag   Monat   Tag   Monat                      Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.                      Datum _____ Unterschrift _____                        Stempel des Vertragsarztes / Therapeuten                 </div>	
<small>Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufsunfällen und Schülerunfällen</small>					
<small>Muster 5/E (10.2014) KBV-PRF-NR.</small>					

Dieses Formular wurde mittels Lasendrucker in der Arztpraxis erzeugt.

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Überweisungsschein</b>	
Name, Vorname des Versicherten			geb. am _____	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 _____	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Überweisung an _____	
			<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	
			<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliar-Auftragsleistung <input type="checkbox"/> Untersuchung <input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	
			<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V <input type="checkbox"/> AU bis _____	
<p>Diagnose/Verdachtsdiagnose _____ _____ _____</p> <p>Befund/Medikation _____ _____ _____</p> <p>Auftrag _____ _____ _____</p>				
<b>06BF</b> <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> Geschlecht  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin-top: 10px;"></div> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes				
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  
KBV-PRF NR.  
Muster 7/E (10.2014)

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

Original: DIN A5 quer

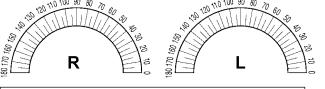
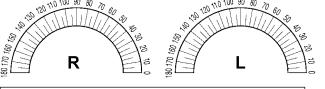
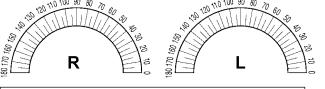
## 2.8 Muster 8/E: Sehhilfenverordnung

(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

8

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Sehhilfenverordnung</b>		Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)																																																													
Name, Vorname des Versicherten geb. am		IK des Leistungserbringens Rechnungsnummer Belegnummer		Ich erkläre, <input type="checkbox"/> dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe <input type="checkbox"/> dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist Datum Unterschrift des Versicherten																																																													
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																															
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																															
<b>Befund:</b> Änderung um mindestens 0,5 Dioptrien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Erst-versorgung <input type="checkbox"/>	Folge-versorgung <input type="checkbox"/>																																																													
Wenn nein, wird eine Verbesserung der Sehschärfe um mindestens 20% erzielt?	ja <input type="checkbox"/>		Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/>	Versorgungs-leiden (BVG) <input type="checkbox"/>																																																													
Menge und Art der Verordnung:			Sehbehinderung mindestens WHO 1 <input type="checkbox"/>	Reparatur <input type="checkbox"/>	Ersatz <input type="checkbox"/>																																																												
Diagnose/Begründung:   																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Kostenrechnung des Leistungserbringens</th> </tr> <tr> <th>Sphäre</th> <th>Zylinder</th> <th>Achse</th> <th>Prisma</th> <th>Basis</th> <th>Scheitel-abstand</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>F <input type="checkbox"/></td> <td>R <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>° <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>L <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td>° <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Befrag Euro <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>N <input type="checkbox"/></td> <td>R <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>° <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td>° <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">  </td> </tr> <tr> <td colspan="6">  </td> </tr> <tr> <td colspan="6">  </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> Rechnungsbetrag         </td> </tr> </tbody> </table>						Kostenrechnung des Leistungserbringens						Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitel-abstand	F <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>		° <input type="checkbox"/>		10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>			° <input type="checkbox"/>		Befrag Euro <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>		° <input type="checkbox"/>			L <input type="checkbox"/>			° <input type="checkbox"/>																					<input type="checkbox"/> Rechnungsbetrag					
Kostenrechnung des Leistungserbringens																																																																	
Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitel-abstand																																																												
F <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>		° <input type="checkbox"/>		10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer <input type="checkbox"/>																																																												
L <input type="checkbox"/>			° <input type="checkbox"/>		Befrag Euro <input type="checkbox"/>																																																												
N <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>		° <input type="checkbox"/>																																																														
L <input type="checkbox"/>			° <input type="checkbox"/>																																																														
																																																																	
																																																																	
																																																																	
<input type="checkbox"/> Rechnungsbetrag																																																																	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes																																																																	
<b>Entscheidung der Krankenkasse</b> Die Kosten werden übernommen <input type="checkbox"/> in Höhe des geltenden Festbetrages <input type="checkbox"/> in Höhe von _____ Euro Datum Stempel der Krankenkasse und Unterschrift																																																																	
<b>Empfangsbestätigung</b> <input type="checkbox"/> Glas / Gläser bzw. Kontaktlinsen Sonstiges: Datum Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)																																																																	
<b>Bescheinigung des Leistungserbringens</b> Die Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst. Ich versichere, dass die gelieferte Sehhilfe der Verordnung entspricht. Datum Stempel und Unterschrift des Leistungserbringens																																																																	
<b>Zur Beachtung für den Versicherten</b> Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag. Die Lieferung anderer Ware anstelle der verordneten Sehhilfen ist nicht gestattet. <small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small> <span style="float: right;">KBV-PRF.NR Muster 8/E (10.2014)</span>																																																																	

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

## **2.8A.7 Muster 8A/E**

Original: DIN A4 quer

**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	9	
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<b>1. Fehlgeburt am</b> _____ Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der <input type="checkbox"/> 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen) <input type="checkbox"/> 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen) <input type="checkbox"/> 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)		
<i>(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)</i>		
Vertragsarztsstempel / ärztliche Unterschrift		
<b>2. Frühgeburt am</b> _____ <input type="checkbox"/> a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm <input type="checkbox"/> b) Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, es besteht jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen oder verfrühter Beendigung der Schwangerschaft		
<b>3. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX</b> <input type="checkbox"/> Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor <i>(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)</i>		
<b>Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse</b>		
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.
<p>Hiermit beantrage ich die Auszahlung von Mutterschaftsgeld bzw. die Verlängerung der Schutzfrist aufgrund der Behinderung meines Kindes</p> <p>Name _____ Vorname _____</p> <p>Geburtsdatum _____ Versichertennummer _____</p> <p>IBAN _____</p> <p>BIC _____ Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person) _____</p> <p><b>Angaben zum Beschäftigungsverhältnis</b> Ich bin derzeit <input type="checkbox"/> beschäftigt Arbeitgeber _____ gekündigt/befristet zum _____  <input type="checkbox"/> Anschrift des Arbeitgebers _____  <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Künstlerin/Publizistin</p> <p><b>Erklärung</b> 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.</p> <p>Datum _____</p> <p>Unterschrift der Versicherten _____</p> <p>PRF.NR. Muster 9a.2/E (1.2026)</p>		

Original: DIN A5 hoch

## 2.9.9 Muster 9b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Bescheinigung einer Fehlgeburt	
Name, Vorname des Versicherten	9	
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<b>1. Fehlgeburt am</b> _____		
Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der		
<input type="checkbox"/> 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)		
<input type="checkbox"/> 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)		
<input type="checkbox"/> 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)		
<b>Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber</b>		
<small>Vertragsarztsstempel / ärztliche Unterschrift</small>		
PRF-NR. 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 kodiert. 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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen				10BF	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei belagärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen			
Kostenträgerbezeichnung	Versicherten-Nr.	Status		Knappscharts-kennziffer		Quartal	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				Geschlecht	
Eintrag nur bei Weiterüberweisung! Betriebsstätten-Nr. des Erstverarztes Arzt-Nr. des Erstverarztes			Auftragenummer des Labors  Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!	Abnahmedatum	Abnahmestell		
<input type="checkbox"/> Befund eilt, Übermittlung an <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax Nr.			SSW				
Diagnose/Verdachtsdiagnose							
Befund/Medikation							
Auftrag							
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen							
				Muster 10/E (4.2024)	PRF. NR.	Vertragsarztskennpfeil / Unterschrift überw. Arzt	

Original: DIN A5 quer

## 2.10.8 Muster 10L/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen <b>10L</b>		
Name, Vorname des Versicherten <small>geb. am</small>			<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei belagärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <small>Knappocharts-Kennziffer</small> <small>Quartal</small> <small>Geschlecht</small>		
Kostenträgerbezeichnung	Versicherten-Nr.	Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			
<small>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</small> <small>Betriebsstätten-Nr. des Erstverarztes Arzt-Nr. des Erstverarztes</small>			Abnahmedatum	Abnahmestellt	SSW
<input type="checkbox"/> Befund <small>ell. Übermittlung an</small> <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax Nr.					
<small>Diagnose/Verdachtsdiagnose, Befund/Medikation, Auftrag</small>					
<small>Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schälerunfällen</small>					
<small>Muster 10L/E (4.2024) PRF. NR.</small>					
<small>Vertragsarztkennpel / Unterschrift überw. Arzt</small>					

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 Laborgemeinschaften 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		<b>Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften</b>				10ABF																																																																																																																																									
Name, Vorname des Versicherten  geb. am																																																																																																																																															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen		Knappschaftskennziffer _____		Geschlecht _____ SSW _____																																																																																																																																								
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																																																																																																													
Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen			Abnahmedatum	Abnahmezeit																																																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th><input type="checkbox"/> Befund eilt</th> <th>1</th> <th colspan="4"><b>Serum / Plasma / Vollblut</b></th> <th colspan="3"><b>Urin</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"><b>EDTA-Blut</b></td> <td colspan="2">alkalische Phosphatase 13</td> <td colspan="2">Gamma GT 27</td> <td colspan="2">LDL-Cholesterin 42</td> <td>Status 55</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> großes Blutbild 2</td> <td colspan="2">Amylase 14</td> <td colspan="2">Glukose 28</td> <td colspan="2">Lipase 43</td> <td>Mikroalbumin 56</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> kleines Blutbild 3</td> <td colspan="2">ASL 15</td> <td colspan="2">GOT / ASAT 29</td> <td colspan="2">Natrium 44</td> <td>Glukose 58</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> HbA1c 4</td> <td colspan="2">Bilirubin direkt 16</td> <td colspan="2">GPT / ALAT 30</td> <td colspan="2">OP-Vorbereitung 45 (32125)</td> <td>Sediment 60</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Retikulozyten 5</td> <td colspan="2">Harnsäure 31</td> <td colspan="2">Harnstoff 32</td> <td colspan="2">Phosphat, anorg. 46</td> <td>Citrat-Blut</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Blutsenkung 6</td> <td colspan="2">Bilirubin gesamt 17</td> <td colspan="2">HDL-Cholesterin 34</td> <td colspan="2">Transferrin 47</td> <td>Quick 8</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Gesundheitsuntersuchungen</b></td> <td colspan="2">Calcium 18</td> <td colspan="2">IgA 35</td> <td colspan="2">Triglyceride 48</td> <td>Quick unter Marcumar-Therapie 9</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Harnstreifentest (32880) 62</td> <td colspan="2">Cholesterin 19</td> <td colspan="2">IgG 36</td> <td colspan="2">TSH 49</td> <td>Thrombinzeit 10</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Nüchternplasma-glukose (32881) 63</td> <td colspan="2">Cholinesterase 20</td> <td colspan="2">IgM 37</td> <td colspan="2"></td> <td>PTT 11</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Lipidprofil (32882) 64</td> <td colspan="2">CK 21</td> <td colspan="2">CRP 23</td> <td colspan="2">Glukose-Profil</td> <td>Sonstiges 61</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Eisen 24</td> <td colspan="2">Kalium 38</td> <td colspan="2">Glukose 1 51</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Eiweiß Elektrophorese 25</td> <td colspan="2">Kreatinin 39</td> <td colspan="2">Glukose 2 52</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Eiweiß gesamt 26</td> <td colspan="2">Kreatinin Clearance 40</td> <td colspan="2">Glukose 3 53</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">LDH 41</td> <td colspan="2">Glukose 4 54</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>									<input type="checkbox"/> Befund eilt	1	<b>Serum / Plasma / Vollblut</b>				<b>Urin</b>			<b>EDTA-Blut</b>		alkalische Phosphatase 13		Gamma GT 27		LDL-Cholesterin 42		Status 55	<input type="checkbox"/> großes Blutbild 2		Amylase 14		Glukose 28		Lipase 43		Mikroalbumin 56	<input type="checkbox"/> kleines Blutbild 3		ASL 15		GOT / ASAT 29		Natrium 44		Glukose 58	<input type="checkbox"/> HbA1c 4		Bilirubin direkt 16		GPT / ALAT 30		OP-Vorbereitung 45 (32125)		Sediment 60	<input type="checkbox"/> Retikulozyten 5		Harnsäure 31		Harnstoff 32		Phosphat, anorg. 46		Citrat-Blut	<input type="checkbox"/> Blutsenkung 6		Bilirubin gesamt 17		HDL-Cholesterin 34		Transferrin 47		Quick 8	<b>Gesundheitsuntersuchungen</b>		Calcium 18		IgA 35		Triglyceride 48		Quick unter Marcumar-Therapie 9	<input type="checkbox"/> Harnstreifentest (32880) 62		Cholesterin 19		IgG 36		TSH 49		Thrombinzeit 10	<input type="checkbox"/> Nüchternplasma-glukose (32881) 63		Cholinesterase 20		IgM 37				PTT 11	<input type="checkbox"/> Lipidprofil (32882) 64		CK 21		CRP 23		Glukose-Profil		Sonstiges 61			Eisen 24		Kalium 38		Glukose 1 51					Eiweiß Elektrophorese 25		Kreatinin 39		Glukose 2 52					Eiweiß gesamt 26		Kreatinin Clearance 40		Glukose 3 53							LDH 41		Glukose 4 54		
<input type="checkbox"/> Befund eilt	1	<b>Serum / Plasma / Vollblut</b>				<b>Urin</b>																																																																																																																																									
<b>EDTA-Blut</b>		alkalische Phosphatase 13		Gamma GT 27		LDL-Cholesterin 42		Status 55																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> großes Blutbild 2		Amylase 14		Glukose 28		Lipase 43		Mikroalbumin 56																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> kleines Blutbild 3		ASL 15		GOT / ASAT 29		Natrium 44		Glukose 58																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> HbA1c 4		Bilirubin direkt 16		GPT / ALAT 30		OP-Vorbereitung 45 (32125)		Sediment 60																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> Retikulozyten 5		Harnsäure 31		Harnstoff 32		Phosphat, anorg. 46		Citrat-Blut																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> Blutsenkung 6		Bilirubin gesamt 17		HDL-Cholesterin 34		Transferrin 47		Quick 8																																																																																																																																							
<b>Gesundheitsuntersuchungen</b>		Calcium 18		IgA 35		Triglyceride 48		Quick unter Marcumar-Therapie 9																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> Harnstreifentest (32880) 62		Cholesterin 19		IgG 36		TSH 49		Thrombinzeit 10																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> Nüchternplasma-glukose (32881) 63		Cholinesterase 20		IgM 37				PTT 11																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> Lipidprofil (32882) 64		CK 21		CRP 23		Glukose-Profil		Sonstiges 61																																																																																																																																							
		Eisen 24		Kalium 38		Glukose 1 51																																																																																																																																									
		Eiweiß Elektrophorese 25		Kreatinin 39		Glukose 2 52																																																																																																																																									
		Eiweiß gesamt 26		Kreatinin Clearance 40		Glukose 3 53																																																																																																																																									
				LDH 41		Glukose 4 54																																																																																																																																									
Muster 10A/E (10.2020) PRF. 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 anzuhelfen.

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.
11		
<p><b>Bericht für den Medizinischen Dienst</b></p> <p>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.</p> <p>Datum der letzten Untersuchung _____</p> <p>Diagnose _____</p> <p>Befunde _____ _____ _____</p> <p>Mitbehandlung <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, im Fachbereich _____</p> <p>Es droht <input type="checkbox"/> eine Verschlimmerung des Leidens      oder      <input type="checkbox"/> Behinderung</p> <p>Besondere Hinweise _____ _____ _____</p> <p>Patientin / Patient kann den Medizinischen Dienst nicht aufsuchen, weil _____ _____ _____</p> <p>Eine Begutachtung ist voraussichtlich nach <input type="checkbox"/> Tagen / Wochen möglich. (Nichtzutreffendes streichen)</p> <p>Arbeitsfähig ab _____</p> <p>Voraussichtlich arbeitsfähig ab _____</p> <p>Folgendes ist mit der Bitte um Rückgabe beigefügt:  <input type="checkbox"/> Röntgen- befund      <input type="checkbox"/> Ultraschall- befund      <input type="checkbox"/> EKG- befund  <input type="checkbox"/> Labor- befund      <input type="checkbox"/> Arzt- oder Krankenhausbericht  Sonstiges _____</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Für den Bericht des Arztes ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig</p> <p style="margin-left: 100px;">Ausstellungsdatum _____</p> <p style="margin-left: 100px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p style="font-size: small; margin-top: -10px;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpaxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p style="font-size: small; margin-top: -10px;">KBV-PRF-NR. Muster 11/E (1.2015)</p>		

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

Name, Vorname des Versicherten geb. am		Verordnung häuslicher Krankenpflege 12					
Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)							
Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)							
Kosten trägerkennung	Versicherten-Nr.	Status					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum					
<input type="checkbox"/> Erstver- ordnung	<input type="checkbox"/> Folgever- ordnung	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> SER	Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer vom _____ bis _____			
<b>Behandlungspflege</b>							
Medikamentengabe, Präparate _____							
Herrichten der Medikamentenbox							
Medikamentengabe							
Injektionen <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan							
Blutzuckermessung							
Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 5x täglich) <input type="checkbox"/> bei intensivierter Insulintherapie							
Kompressionsbehandlung							
Kompressionsstrümpfe anziehen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits							
Kompressionsverbände anlegen <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen							
stützende und stabilisierende Verbände, Art <input type="checkbox"/> Kompressionsverbände abnehmen							
Wundversorgung							
Wundart _____							
Lokalisation _____		aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) _____		aktueller Grad _____			
Präparate, Verbandmaterialien _____							
Wundversorgung akut <input type="checkbox"/>							
Wundversorgung chronisch <input type="checkbox"/>							
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege _____							
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl _____							
<b>Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung</b>							
Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V <input type="checkbox"/>							
Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V <input type="checkbox"/>							
Grundpflege <input type="checkbox"/>							
hauswirtschaftliche Versorgung <input type="checkbox"/>							
Weitere Hinweise _____							
Ausfertigung für die Krankenkasse							
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.							
PR-NR. Muster 12a.1/E (7.2024)							

Original: DIN A4 hoch

## 2.12.9 Muster 12a.2/E

Original: DIN A4 hoch

## 2.12.10 Muster 12b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Verordnung häuslicher Krankenpflege 12</b>																																																																																																																																																																																																																																																				
Name, Vorname des Versicherten gab. am			Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)																																																																																																																																																																																																																																																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																																																																																																																																																																																																																					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Erstver- ordnung	<input type="checkbox"/> Folgever- ordnung	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> SER																																																																																																																																																																																																																																																				
Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)																																																																																																																																																																																																																																																							
Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer vom _____ bis _____																																																																																																																																																																																																																																																							
<b>Behandlungspflege</b> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">Medikamentengabe, Präparate</th> <th colspan="7">Häufigkeit/Dauer von Pflegeschrift</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>tgl.</th> <th>wtl.</th> <th>mtl.</th> <th>vom</th> <th>bis</th> <th colspan="2">Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Herrichten der Medikamentenbox</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Medikamentengabe</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Injektionen</td> <td><input type="checkbox"/> herrichten</td> <td><input type="checkbox"/> intramuskulär</td> <td><input type="checkbox"/> subkutan</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="9">Blutzuckermessung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> bei intensivierter Insulintherapie</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="9">Kompressionsbehandlung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Kompressionsstrümpfe anziehen</td> <td><input type="checkbox"/> rechts</td> <td><input type="checkbox"/> links</td> <td><input type="checkbox"/> beidseits</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Kompressionsverbände anlegen</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>stützende und stabilisierende Verbände, Art</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Kompressionsverbände abnehmen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="9">Wundversorgung</td> </tr> <tr> <td colspan="9">Wundart</td> </tr> <tr> <td>Lokalisation</td> <td>aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)</td> <td>aktueller Grad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="9">Präparate, Verbandmaterialien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Wundversorgung akut</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Wundversorgung chronisch</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="9">Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege</td> </tr> <tr> <td colspan="9">Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl</td> </tr> <tr> <td colspan="9"> <b>Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung</b> <table border="1"> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">Häufigkeit</th> <th colspan="2">Dauer</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>tgl.</th> <th>wtl.</th> <th>mtl.</th> <th>vom</th> <th>bis</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Grundpflege</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>hauswirtschaftliche Versorgung</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="9">Weitere Hinweise</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Ausfertigung für den Pflegedienst</td> <td colspan="5">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRF.NR. Muster 12b/E (7.2024)</td> </tr> </table>									Medikamentengabe, Präparate		Häufigkeit/Dauer von Pflegeschrift									tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis	Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung		<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					Blutzuckermessung									<input type="checkbox"/>	Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)		<input type="checkbox"/> bei intensivierter Insulintherapie						Kompressionsbehandlung									<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"/>	stützende und stabilisierende Verbände, Art		<input type="checkbox"/> Kompressionsverbände abnehmen						Wundversorgung									Wundart									Lokalisation	aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)	aktueller Grad							Präparate, Verbandmaterialien									<input type="checkbox"/>	Wundversorgung akut								<input type="checkbox"/>	Wundversorgung chronisch								Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege									Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl									<b>Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung</b> <table border="1"> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">Häufigkeit</th> <th colspan="2">Dauer</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>tgl.</th> <th>wtl.</th> <th>mtl.</th> <th>vom</th> <th>bis</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Grundpflege</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>hauswirtschaftliche Versorgung</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											Häufigkeit		Dauer				tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis	<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						Weitere Hinweise									Ausfertigung für den Pflegedienst				Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRF.NR. Muster 12b/E (7.2024)				
Medikamentengabe, Präparate		Häufigkeit/Dauer von Pflegeschrift																																																																																																																																																																																																																																																					
		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis	Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung																																																																																																																																																																																																																																																
<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																																																																																																																																																																																																																																																			
Blutzuckermessung																																																																																																																																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/>	Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)		<input type="checkbox"/> bei intensivierter Insulintherapie																																																																																																																																																																																																																																																				
Kompressionsbehandlung																																																																																																																																																																																																																																																							
<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"/>	stützende und stabilisierende Verbände, Art		<input type="checkbox"/> Kompressionsverbände abnehmen																																																																																																																																																																																																																																																				
Wundversorgung																																																																																																																																																																																																																																																							
Wundart																																																																																																																																																																																																																																																							
Lokalisation	aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)	aktueller Grad																																																																																																																																																																																																																																																					
Präparate, Verbandmaterialien																																																																																																																																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/>	Wundversorgung akut																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/>	Wundversorgung chronisch																																																																																																																																																																																																																																																						
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege																																																																																																																																																																																																																																																							
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl																																																																																																																																																																																																																																																							
<b>Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung</b> <table border="1"> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">Häufigkeit</th> <th colspan="2">Dauer</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>tgl.</th> <th>wtl.</th> <th>mtl.</th> <th>vom</th> <th>bis</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Grundpflege</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>hauswirtschaftliche Versorgung</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											Häufigkeit		Dauer				tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis	<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																																																																																																																																																																																																											
		Häufigkeit		Dauer																																																																																																																																																																																																																																																			
		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																																																																																																																																																																																																																																																	
<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																																																																																																																																																																																																																																																						
Weitere Hinweise																																																																																																																																																																																																																																																							
Ausfertigung für den Pflegedienst				Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRF.NR. Muster 12b/E (7.2024)																																																																																																																																																																																																																																																			

Original: DIN A4 hoch

## 2.12.11 Muster 12c/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung häuslicher Krankenpflege <span style="float: right;">12</span>						
Name, Vorname des Versicherten	Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)						
geb. am _____							
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum					
<input type="checkbox"/> Erstver- ordnung	<input type="checkbox"/> Folgever- ordnung	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> SER				
<b>Behandlungspflege</b>							
<b>Medikamentengabe,</b> Präparate _____							
<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)							
<b>Kompressionsbehandlung</b>							
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen							
<input type="checkbox"/> Kompressionsverbände anlegen							
<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							
Weitere Hinweise _____							
<b>Ausfertigung für den Vertragsarzt</b>				Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.			
				PRF-NR. Muster 12c/E (7.2024)			

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

<p><b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b></p> <p><b>Name, Vorname des Versicherten</b></p> <p style="text-align: right;">geb. am</p> <p><b>Kostenträgerkennung</b> <b>Versicherten-Nr.</b> <b>Status</b></p> <p><b>Betriebsstätten-Nr.</b> <b>Arzt-Nr.</b> <b>Datum</b></p> <p><b>Behandlungsrelevante Diagnose(n)</b> ICD-10 - Code</p> <hr/> <p><b>Diagnosegruppe</b> _____ <b>Leitsymptomatik</b> _____ <b>gemäß Heilmittelkatalog</b> <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <b>patientenindividuelle Leitsymptomatik</b> <input type="checkbox"/> <small>Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)</small></p>	<p style="text-align: center;"><b>Heilmittelverordnung 13</b></p> <p><input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Podologische Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie</p> <p><b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b></p> <p>Heilmittel _____</p> <p>Ergänzendes Heilmittel _____</p> <p><input type="checkbox"/> Therapiebericht <b>Hausbesuch</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Therapiefrequenz</b> _____ <input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise</p> <p><b>IK des Leistungserbringens</b> _____ <small>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small></p> <p style="text-align: right;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes PRF.NR. _____ Muster 13.1/E (10.2020) _____</p>
---	---

Original: DIN A5 hoch

## 2.13.8 Muster 13.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
<b>Empfangsbestätigung durch den Versicherten</b> Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben			
Datum	Maßnahmen <i>(erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)</i>	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
<b>Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers</b> Rechnungsnummer			
IK des Leistungserbringers	Belegnummer		
Behandlungsabbruch	Nach Rücksprache mit dem Arzt <input type="checkbox"/> Abweichung von der Frequenz		
Begründung	Änderung in <input type="checkbox"/> Gruppen-therapie <input type="checkbox"/> Einzel-therapie		
		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 Hörlhilfe  
(Stand: 10.2014)
- 2.15.1 Für die Ohrenärztliche Verordnung einer Hörlhilfe 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

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgererkennung Versicherten-Nr. Status  Betriebsstätten- Nr. Arzt-Nr. Datum</p>	<p><b>Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe</b></p> <p>IK des Leistungserbringers Rechnungsnummer Belegnummer</p> <p>Der Anspruchsberechtigte war schon Träger eines Gerätes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja, warum entspricht das bisher getragene Gerät nicht mehr den Anforderungen?</p>	15																																																														
<p><b>Rechts</b></p> <p><input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> operat. erweitert <input type="checkbox"/> eng</p> <p><input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> durchlöchert <input type="checkbox"/> feucht</p> <p><b>Frequenz in kHz</b></p> <p>Hörverlust in dB</p> <p><b>Links</b></p> <p><input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> operat. erweitert <input type="checkbox"/> eng</p> <p><input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> durchlöchert <input type="checkbox"/> feucht</p> <p><b>Frequenz in kHz</b></p> <p>Hörverlust in dB</p> <p><b>WEBER bei 500 Hz</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>re.</td><td>med.</td><td>li.</td></tr> </table> <p><b>Geräusch</b></p> <p>Hörverlust in dB</p>			re.	med.	li.																																																											
re.	med.	li.																																																														
<p><b>Unbehaglichkeitsschwelle bitte links und rechts eintragen.</b></p> <table border="1" style="width: 50%; margin-left: 10px;"> <tr><td>Rechts</td><td>Verständlichkeit in %</td><td>Links</td></tr> <tr><td>0</td><td>20 40 60 80 100</td><td>0</td></tr> <tr><td>5</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>20</td><td>10</td><td>10</td></tr> <tr><td>35</td><td>20</td><td>20</td></tr> <tr><td>50</td><td>30</td><td>30</td></tr> <tr><td>65</td><td>40</td><td>40</td></tr> <tr><td>80</td><td>50</td><td>50</td></tr> <tr><td>95</td><td>60</td><td>60</td></tr> <tr><td>110</td><td>Hörverlust (dB)</td><td>Hörverlust (dB)</td></tr> </table> <p><b>Impedanz</b></p> <table border="1" style="width: 50%; margin-left: 10px;"> <tr><td>Rechts</td><td>Sondenohr</td><td>Links</td></tr> <tr><td> </td><td>MO-Druck mm H<sub>2</sub>O</td><td> </td></tr> <tr><td>dB HL</td><td>dB SL</td><td>dB HL</td><td>dB SL</td></tr> <tr><td>0,5 kHz</td><td>Stapedius Reflex</td><td>0,5 kHz</td><td>Stapedius Reflex</td></tr> <tr><td>1 kHz</td><td> </td><td>1 kHz</td><td> </td></tr> <tr><td>2 kHz</td><td> </td><td>2 kHz</td><td> </td></tr> <tr><td>4 kHz</td><td> </td><td>4 kHz</td><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="width: 50%; margin-left: 10px;"> <tr><td>Rechts</td><td>Links</td></tr> <tr><td> </td><td>Fl. Spr. (Zahlen)</td></tr> <tr><td> </td><td>Um. Spr. (Zahlen)</td></tr> </table> <p><b>Diskriminationsverlust in %</b></p> <p><b>Links</b></p> <p>Hörverlust in dB</p> <p><b>Diskriminationsverlust in %</b></p>			Rechts	Verständlichkeit in %	Links	0	20 40 60 80 100	0	5	0	0	20	10	10	35	20	20	50	30	30	65	40	40	80	50	50	95	60	60	110	Hörverlust (dB)	Hörverlust (dB)	Rechts	Sondenohr	Links		MO-Druck mm H <sub>2</sub> O		dB HL	dB SL	dB HL	dB SL	0,5 kHz	Stapedius Reflex	0,5 kHz	Stapedius Reflex	1 kHz		1 kHz		2 kHz		2 kHz		4 kHz		4 kHz		Rechts	Links		Fl. Spr. (Zahlen)		Um. Spr. (Zahlen)
Rechts	Verständlichkeit in %	Links																																																														
0	20 40 60 80 100	0																																																														
5	0	0																																																														
20	10	10																																																														
35	20	20																																																														
50	30	30																																																														
65	40	40																																																														
80	50	50																																																														
95	60	60																																																														
110	Hörverlust (dB)	Hörverlust (dB)																																																														
Rechts	Sondenohr	Links																																																														
	MO-Druck mm H <sub>2</sub> O																																																															
dB HL	dB SL	dB HL	dB SL																																																													
0,5 kHz	Stapedius Reflex	0,5 kHz	Stapedius Reflex																																																													
1 kHz		1 kHz																																																														
2 kHz		2 kHz																																																														
4 kHz		4 kHz																																																														
Rechts	Links																																																															
	Fl. Spr. (Zahlen)																																																															
	Um. Spr. (Zahlen)																																																															
<p>Diagnose: _____</p> <p>Hörhilfe ist notwendig: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beiderseits</p> <p>Tinnitusmasker / -Instrument notwendig: rechts: _____ kHz verdeckbar dB _____ links: _____ kHz verdeckbar dB _____</p> <p>Die Schwerhörigkeit ist Folge von: <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG)</p> <p>Die audiometrischen Untersuchungen wurden von mir bzw. unter meiner Verantwortung vorgenommen.</p> <p>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p>Muster 15.1/E (10.2014) KBV-PRF.NR.</p>																																																																

Original: DIN A4 hoch

## 2.15.8 Muster 15.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	
<b>Wichtiger Hinweis für den Versicherten</b> Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Hörgeräte/Tinnitusmasker/Tinnitusinstrumente bis zu einem Festbetrag.			
<b>Kostenvoranschlag des Hörgeräteakustikers</b> 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)			
<b>Vergleich verschiedener Hörgeräte über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand)</b>			
A B C D	Nr. der Gruppe Zahlen Wörter Sätze	Fabrikat Typ 10-stellige Hilfsmittel-positionsnummer	Verstanden
Nach den durchgeführten Hörproben schlage ich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit folgende Versorgung vor: Gerät: _____ Positionsnummer: _____ Begründung: _____ Gesamtpreis: _____ Euro			
Ausgestellt am _____ Stempel _____ Unterschrift _____			
<b>Kostenvoranschlag für</b>		<input type="checkbox"/> Tinnitusmasker	<input type="checkbox"/> Tinnitusinstrument
Gesamtpreis: _____ Euro			
Ausgestellt am _____ Stempel _____ Unterschrift _____			
<b>Ärztliche Bescheinigung</b>			
<input type="checkbox"/> Ich habe mich davon überzeugt, dass durch die vorgeschlagene Hörlösung eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird. Das vorgeschlagene Gerät ist zweckmäßig.  <input type="checkbox"/> Ich habe mich davon überzeugt, dass der Tinnitusmasker/ das Tinnitusinstrument ausreichend zweckmäßig ist.			
		Ausgestellt am _____	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
<b>Leistung der Krankenkasse</b>			
Die Krankenkasse übernimmt _____ Euro. Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung.			
Ausgestellt am _____ Stempel _____ Unterschrift _____			
<b>Empfangsbestätigung</b>			
<input type="checkbox"/> die verordnete Hörlösung Ich bestätige, am _____ erhalten zu haben. <input type="checkbox"/> den verordneten Tinnitusmasker/ das verordnete Tinnitusinstrument			
Unterschrift des Empfängers _____			
<b>Raum für interne Vermerke der Krankenkasse</b>			
L Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpaxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.		Muster 15.2/E (10.2014) KBV-PRF.NR.	

Original: DIN A4 hoch

## 2.16 Muster 16: Arzneiverordnungsblatt

(Stand: 10.2014)

- 2.16.1 Für die Verordnung von Arznei- und Verbandsmitteln sowie von Hilfsmitteln mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörrhilfen wird der konventionelle Vordruck (Muster 16) nach Anlage 2 BMV-Ä verwandt.
- 2.16.2 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

Frankierung oder Etikettage		Ihre Nr. 6 7 8 9 BG-Beruf 40-Jahre-Nummer 78			
Name, Vorname des Versicherten 2942 30					
Kostenbeitragszahlung		Versicherten-Nr.	Status		
Leistungsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	L-Status		
Rp. (Rote Verordnung durchsetzen)					
auf dem auf dem auf dem					
6661 Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Abhandeln in der Apotheke					
Jeweltic		Unterzeichnete oder Arbeitgeberkennung		Präscriptio Muster 16, 10.2014	

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

Original: DIN A5 quer

## 2.19.10 Muster 19b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Notfall-/Vertretungsschein</b>						19BF		
Name, Vorname des Versicherten			<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	W	M
geb. am			Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen								
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status											
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum											
Befunde/Therapie			Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis _____								
			Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:								
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.			Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt								
Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____			Vertragsarztstempel								
Muster 19b/E (10.2014) KBV-PRF.NR.											

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

Original: DIN A5 quer

## 2.19.11 Muster 19c/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Notfall-/Vertretungsschein</b>						<b>19BF</b>			
Name, Vorname des Versicherten			<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	W	M	
Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status			Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen									
Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum												
Befunde/Therapie			Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis						Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:			
Tag	Monat		Tag	Monat								
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.			Zum Verbleib beim vertretenden Arzt						Vertragsarztstempel			
Datum	Unterschrift des Versicherten								Muster 19c/E (10.2014) KBV-PRF.NR.			

Dieses Formular wurde mittels Lasendrucker in der Arzapraxis 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 Blankoformularbedruckung“ 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

Original: DIN A4 hoch

## **2.20.9 Muster 20b/E**

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am _____	<b>Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</b>  zuletzt ausgeübte Tätigkeit  <hr/> <hr/> <hr/>																								
Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____  Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____	Stunden täglich _____																								
<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%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">vom</th> <th style="width: 15%;">bis</th> <th style="width: 60%;">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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich																				
vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich																						
Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig																									
<div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</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.																									
Datum _____																									
<div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;">Unterschrift des Versicherten</div>																									
<b>Erklärung des Arbeitgebers</b> Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden																									
<input type="checkbox"/> ja																									
<input type="checkbox"/> nur unter folgenden Voraussetzungen _____ <hr/> <hr/> <hr/>																									
<input type="checkbox"/> nein																									
Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt																									
<input type="checkbox"/> ja																									
<input type="checkbox"/> nein																									
<div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;">Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers</div>																									
<b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b>																									
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.																									
PRF NR. Muster 20b/E (1.2019)																									

Original: DIN A4 hoch

## **2.20.10 Muster 20c/E**

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am _____	<b>Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</b>  zuletzt ausgeübte Tätigkeit  <hr/> <hr/> <hr/>																								
Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____  Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____	Stunden täglich _____																								
<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%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">vom</th> <th style="width: 15%;">bis</th> <th style="width: 60%;">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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich																				
vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich																						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;">         Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig       </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%; margin-top: 10px;">         Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes       </div>																									
<p><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.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span style="width: 45%;">Datum</span> <div style="border: 1px solid black; width: 45%;"></div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span style="width: 45%;">Unterschrift des Versicherten</span> <div style="border: 1px solid black; width: 45%;"></div> </div> </div>																									
<p><b>Erklärung des Arbeitgebers</b> Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nur unter folgenden Voraussetzungen _____   <hr/><hr/><hr/> </div> <div style="width: 45%;"></div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> nein       </div> <div style="width: 45%;"></div> </div> </div>																									
<p>Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein       </div> <div style="width: 45%;">         Datum _____       </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px;"></div> </div>																									
<p><b>Austertigung für den Versicherten</b></p> <p>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>																									

Original: DIN A4 hoch

## 2.20.11 Muster 20d/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am _____	<b>Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</b>  zuletzt ausgeübte Tätigkeit  <hr/> <hr/> <hr/>																								
Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____  Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____	Stunden täglich _____																								
<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%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">vom</th> <th style="width: 15%;">bis</th> <th style="width: 60%;">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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich																				
vom	bis	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich																						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;">         Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig       </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%; margin-top: 10px;">         Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes       </div>																									
<p><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.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span style="width: 45%;">Datum</span> <div style="border: 1px solid black; width: 45%; height: 30px;"></div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">Unterschrift des Versicherten</div>																									
<p><b>Erklärung des Arbeitgebers</b> Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> ja       <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> nur unter folgenden Voraussetzungen _____  <hr/> <hr/> <hr/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> nein       </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; height: 100px;"></div> </div> <p>Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> ja       <div style="margin-left: 20px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span style="width: 45%;">Datum</span> <div style="border: 1px solid black; width: 45%; height: 30px;"></div> </div> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers</div>																									
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; background-color: #e0e0e0;"> <b>Austertigung für den Vertragsarzt</b> </div> <div style="font-size: small; margin-top: 2px;">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</div>																									

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

<p><b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b></p> <p>Name, Vorname des Versicherten geb. am</p> <p>Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status</p> <p>Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum</p>	<p><b>Ärztliche Bescheinigung 21</b> für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</p> <p>Das genannte Kind bedarf/bedurfte der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit</p> <p>vom _____</p> <p>bis einschließlich _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kita- oder Schulunfall / -folgen <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> SER</p> <p style="text-align: right;">Vertragssatzstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p><b>Antrag der/des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</b> *Dieser Antrag ist bei der Krankenkasse der betreuenden Person zu stellen.</p> <table border="0"> <tr> <td>Name</td> <td>Vorname</td> </tr> <tr> <td>Geburtsdatum</td> <td>Versichertennummer</td> </tr> <tr> <td>Straße, Haus-Nr.</td> <td>PLZ</td> <td>Wohnort</td> </tr> <tr> <td colspan="3">IBAN</td> </tr> <tr> <td>BIC</td> <td colspan="2">Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">           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         </td> </tr> <tr> <td colspan="3">           Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die            Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes            nicht übernehmen.            Datum _____         </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">Unterschrift der/des Versicherten</td> </tr> </table> <p><small>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small></p> <p>PFRNR.      Muster 21/E (7.2024)</p>	Name	Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer	Straße, Haus-Nr.	PLZ	Wohnort	IBAN			BIC	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. Datum _____			Unterschrift der/des Versicherten		
Name	Vorname																						
Geburtsdatum	Versichertennummer																						
Straße, Haus-Nr.	PLZ	Wohnort																					
IBAN																							
BIC	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. Datum _____																							
Unterschrift der/des Versicherten																							

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 Jugendlichentherapeuten 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

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten geb. am</p> <p>Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="width: 33%;">Arzt-Nr.</td> <td style="width: 33%;">Datum</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				<b>Konsiliarbericht</b> <b>vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</b> <b>22</b>
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum					
<p>Auf Veranlassung von: _____ Arztnummer _____</p> <p>Name des Therapeuten _____ Betriebsstättennummer _____</p>							
<p><b>Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:</b></p> <p>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:</p>							
<p>Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist    <input type="checkbox"/> erforderlich    <input type="checkbox"/> nicht erforderlich    <input type="checkbox"/> erfolgt    <input type="checkbox"/> veranlasst</p> <p>Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?</p> <hr/> <hr/>							
<p><input type="checkbox"/> Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich Art der Maßnahme: _____</p> <hr/> <hr/>							
<small>Ausstellungsdatum _____</small>							
<small>Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig _____</small>							
<small>Ausfertigung für den Therapeuten</small> <small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt</small>							
<small>KBV-PRF-NR. Muster 22a/E (10.2014)</small>							
<small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small>							

Original: DIN A4 hoch

## 2.22.9 Muster 22b/E

<p>Aus Datenschutzgründen freibleibend</p>	<p><b>Konsiliarbericht</b> <span style="float: right;">22</span> vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</p> <p>Auf Veranlassung von: _____ Arztnummer _____</p> <p>Name des Therapeuten _____ Betriebsstättennummer _____</p> <p>Chiffre _____ des Patienten Anfangsbuchstabe   Geburtsdatum des Familiennamens</p> <p><b>Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:</b> 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 Be-gleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:</p> <p>Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist    <input type="checkbox"/> erforderlich    <input type="checkbox"/> nicht erforderlich    <input type="checkbox"/> erfolgt    <input type="checkbox"/> veranlasst</p> <p>Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich Art der Maßnahme: _____ _____ _____</p> <p style="text-align: right;">Ausstellungsdatum _____</p> <p>Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig _____</p> <p><b>Ausfertigung für den Gutachter</b> _____ Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt _____</p> <p style="text-align: right;">KBV-PRF-NR. Muster 22b/E (10.2014)</p> <p style="text-align: right;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
--	--

Original: DIN A4 hoch

## 2.22.10 Muster 22c/E

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten geb. am</p> <p>Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="width: 33%;">Arzt-Nr.</td> <td style="width: 33%;">Datum</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				<b>Konsiliarbericht</b> <b>vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</b>
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum					
	<b>22</b>						
	<b>Auf Veranlassung von:</b> _____ <b>Arztnummer:</b> _____						
	<b>Name des Therapeuten:</b> _____ <b>Betriebsstättennummer:</b> _____						
<p><b>Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:</b>            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:</p>							
<p>Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist    <input type="checkbox"/> erforderlich    <input type="checkbox"/> nicht erforderlich    <input type="checkbox"/> erfolgt    <input type="checkbox"/> veranlasst</p> <p>Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?</p> <hr/> <hr/>							
<p><input type="checkbox"/> Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich Art der Maßnahme: _____</p> <hr/> <hr/>							
Ausstellungsdatum: _____							
Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig    _____							
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes 							
<b>Ausfertigung für den Vertragsarzt</b> _____ <small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.</small>							
<small>KBV-PRF-NR. Muster 22c/E (10.2014)</small>							

Original: DIN A4 hoch

## 2.22.11 Muster 22d/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger	22		
Name, Vorname des Versicherten	vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische		
geb. am	Psychotherapeuten und Kinder- und		
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
<b>Aus Datenschutzgründen freibleibend</b>			
<input type="checkbox"/> Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)			
<input type="checkbox"/> Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich Art der Maßnahme: _____ _____			
Ausstellungsdatum _____			
Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
<b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b>		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 Vertragsarzt 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.								
<b>Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V</b>		<input type="checkbox"/> bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung <input type="checkbox"/> zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten <input type="checkbox"/> bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern									
Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> / <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> / <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>											
<b>Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden</b> <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel/Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Übergewicht/ Fehlernährung <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Sonstige Risikofaktoren _____ <input type="checkbox"/> aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): _____											
<b>Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung</b> 1. 2. 3.		seit wann ?	Ursache								
		Verlauf									
<small>Ursache: 1=Unfallfolgen; 2=Berufskrankheit; 3=Gesundheitsschäden nach dem BVG            Verlauf: 1=chronisch rezidivierend; 2=chronisch progredient; 3=konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezivierenden somatischen Erkrankungen</small>											
<b>Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> <b>Datum der letzten Untersuchung:</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> / <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> / <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>											
<b>Aktuelle Befunde (z.B. Röntgen, EKG, Labor) / Untersuchungsberichte (z.B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht)</b> <input type="checkbox"/> können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden <input type="checkbox"/> liegen nicht vor											
<b>Angestrebtes Vorsorgeziel (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung):</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>											
<b>Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?</b> <table style="width: 100%;"><tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Psychotherapie</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Physik. Therapie <input type="checkbox"/> Patientenschulung</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Rehasport/Funktionstraining</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): _____</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Physik. Therapie <input type="checkbox"/> Patientenschulung	<input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Rehasport/Funktionstraining	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): _____			
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Physik. Therapie <input type="checkbox"/> Patientenschulung	<input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Rehasport/Funktionstraining	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe								
<input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): _____											
<i>Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde!</i> Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch <b>dringend</b> erforderlich (z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheit), weil <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>											
<b>Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z. B. Klima, Allergiefaktoren)?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____											
empfohlener Kurort: _____		Dauer: _____ Wochen									
<b>Durchführung der Vorsorgeleistung in kompakter Form (Kompaktkur)</b>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
<b>Ggf. weitere Bemerkungen:</b> _____		<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  </span> <small>Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes            Muster 25/E (1.2015)            KBV-PRF.NR.</small>									
<small>- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM berechnungsfähig -</small> <small>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.</small>		<small>Ort und Datum</small>									
<small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>											

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**

26

# Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

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

Diagnose  
(*ICD-10-Code*) \_\_\_\_\_  
Schweregrad  
(*lt. GAF-SKALA*) \_\_\_\_\_  
Erkrankung besteht seit (falls bekannt) \_\_\_\_\_

## Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

---



---

**Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40**

## Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

---



---

### Angaben des Versicherten

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

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

### Angaben des nächsten Angehörigen

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

### Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt?

Nein     Ja

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Anzahl  
der Therapieeinheiten \_\_\_\_\_

Beantragte Anzahl der  
Therapieeinheiten \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer  
der Therapie \_\_\_\_\_

Bereits durchgeführte  
Leistungen \_\_\_\_\_

### Prognose

---



---

Krankenhausbehandlung

wird  
vermieden

wird  
verkürzt

ist nicht  
ausführbar

### Begründung

---



---

**Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigefügt!**

Für das Ausstellen der Erstverordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.  
Für das Ausstellen der Folgeverordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

**Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem  
soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen!**

Datum \_\_\_\_\_

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

KBV-PRF NR.

Muster 26a/E (10.2017)

Original: DIN A4 hoch

## 2.26.6 Muster 26b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum 	<b>Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V</b>  Diagnose (ICD-10-Code) _____ Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____ Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____	<b>26</b>
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen _____ _____		
<i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i> Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen _____ _____		
<b>Angaben des Versicherten</b> Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Telefonnummer _____		<b>Angaben des nächsten Angehörigen</b> Name _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Telefonnummer _____
<b>Angaben zum Betreuer</b> Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja Name _____ Straße _____ Wenn ja, für welche Angelegenheiten? PLZ _____ Ort _____ Telefonnummer _____		
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____ Voraussichtliche Dauer der Therapie _____		Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____ Bereits durchgeführte Leistungen _____
Prognose _____ _____		
Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar Begründung _____ _____		
<i>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!</i> Für das Ausstellen der Erstverordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der Folgeverordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.		
Datum _____ <b>Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer</b> <small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpaxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes <small>KBV-PRF NR. Muster 26b/E (10.2017)</small>		

Original: DIN A4 hoch

## 2.26.7 Muster 26c/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum 	<b>Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V</b>  Diagnose (ICD-10-Code) _____ Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____ Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____	<b>26</b>
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen _____ _____		
<i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i> Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen _____ _____		
<b>Angaben des Versicherten</b> Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Telefonnummer _____		<b>Angaben des nächsten Angehörigen</b> Name _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Telefonnummer _____
<b>Angaben zum Betreuer</b> Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja _____ Name _____ Straße _____ Wenn ja, für welche Angelegenheiten? PLZ _____ Ort _____ Telefonnummer _____		
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____ Voraussichtliche Dauer der Therapie _____		Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____ Bereits durchgeführte Leistungen _____
Prognose _____ _____		
Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar Begründung _____ _____		
<i>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!</i> Für das Ausstellen der Erstverordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der Folgeverordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.		
Datum _____ <b>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</b> <small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpaxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes <small>KBV-PRF NR. Muster 26c/E (10.2017)</small>		

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

<input type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum 	<b>27 ↗</b>	<p style="text-align: center;"><b>Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V</b></p> <p style="text-align: center;"><i>(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">IK des Leistungserbringens</span> <span style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; flex-grow: 1;"></span> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p><b>Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)</b></p> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p><b>Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. _____</li> <li>2. _____</li> <li>3. _____</li> <li>4. _____</li> <li>5. _____</li> <li>6. _____</li> <li>7. _____</li> <li>8. _____</li> <li>9. _____</li> </ol> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p><b>Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> </tbody> </table> </div> <div style="margin-top: 40px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Ausstellungsdatum</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</td> <td style="width: 33%; padding: 5px; text-align: right;">Datum      Unterschrift des Therapeuten</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen</td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px; text-align: right;">Datum      Unterschrift des Patienten</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center; font-size: small; margin-top: -10px;"> <p>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpaxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 27a/E (10.2014) KBV-PRF.NR.</p> </div>	Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum													Ausstellungsdatum	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	Datum      Unterschrift des Therapeuten	Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen		Datum      Unterschrift des Patienten
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum																					
Ausstellungsdatum	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	Datum      Unterschrift des Therapeuten																					
Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen		Datum      Unterschrift des Patienten																					

Original: DIN A4 hoch

## 2.27.6 Muster 27b/E

<input type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum 	<b>27 ↗</b>	<p style="text-align: center;"><b>Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V</b></p> <p style="text-align: center;"><i>(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">IK des Leistungserbringens</div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;"></div> </div>															
<p><b>Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																	
<p><b>Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. _____</li> <li>2. _____</li> <li>3. _____</li> <li>4. _____</li> <li>5. _____</li> <li>6. _____</li> <li>7. _____</li> <li>8. _____</li> <li>9. _____</li> </ol>																	
<p><b>Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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>			Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum												
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum															
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30%;">Ausstellungsdatum</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30%; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="margin-right: 10px;">Datum</span> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 15%;">Unterschrift des Therapeuten</div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30%;">1. Durchschlag zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30%; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="margin-right: 10px;">Datum</span> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 15%;">Unterschrift des Patienten</div> </div> </div>																
<i>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpaxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 27b/E (10.2014) KBV-PRF.NR.</i>																	

## 2.27.7 Muster 27c/E

<input type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum 	<b>27</b>	<p style="text-align: center;"><b>Soziotherapeutischer Betreuungsplan</b> <b>gem. § 37a SGB V</b></p> <p style="text-align: center;"><i>(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">IK des Leistungserbringens</div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;"></div> </div>															
<p>Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																	
<p>Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. _____</li> <li>2. _____</li> <li>3. _____</li> <li>4. _____</li> <li>5. _____</li> <li>6. _____</li> <li>7. _____</li> <li>8. _____</li> <li>9. _____</li> </ol>																	
<p><b>Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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>			Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum												
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum															
<input type="checkbox"/> 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 Arztpaxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.    Muster 27c/E (10.2014) KBV-PRF.NR.																	

Original: DIN A4 hoch

**2.28 Muster 28/E:**

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten

(Stand: 10.2017)

- 2.28.1 Für die Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie sind die Muster 28a/E, 28b/E und 28c/E gemäß der in Kapitel 2.28.5 bis 2.28.7 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.28.2 Die Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie besteht aus drei Formularen:
  - Muster 28a/E: Ausfertigung für die Krankenkasse
  - Muster 28b/E: Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer
  - Muster 28c/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt
- 2.28.3 Die Muster 28a/E bis 28c/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A4 Format hoch zu erstellen.
- 2.28.4 Die Muster 28a/E bis 28c/E werden mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

## 2.28.5 Muster 28a/E

28

# Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten

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

Diagnose (*ICD-10-Code*) \_\_\_\_\_

Erkrankung besteht seit (falls bekannt) \_\_\_\_\_

Krankenhausbehandlung       wird vermieden

wird verkürzt       ist nicht ausführbar

## Erklärung des Arztes

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 \_\_\_\_\_

Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.

Datum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Soziotherapeutischer Leistungserbringer

Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

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

## Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum      Leistung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## Bemerkungen zur Abrechnung

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto

Kontoinhaber

IBAN \_\_\_\_\_

BIC      Geldinstitut

Diese Ausfertigung ist vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!

Datum \_\_\_\_\_

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Stempel und Unterschrift  
des soziotherapeutischen Leistungserbringers

KBV-PRF.NR.

Muster 28a/E(10.2017)

Original: DIN A4 hoch

## 2.28.6 Muster 28b/E

28

# Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten

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

Diagnose (*ICD-10-Code*) \_\_\_\_\_

Erkrankung besteht seit (falls bekannt) \_\_\_\_\_

Krankenhausbehandlung       wird vermieden

wird verkürzt       ist nicht ausführbar

## Erklärung des Arztes

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 \_\_\_\_\_

Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.

Datum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Soziotherapeutischer Leistungserbringer

Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

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

## Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum      Leistung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## Bemerkungen zur Abrechnung

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto

Kontoinhaber

IBAN \_\_\_\_\_

BIC      Geldinstitut

Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers

## Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer

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

<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 geb. am</td></tr> <tr><td colspan="3">Kostenträgererkennung      Versicherten-Nr.      Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> <tr><td colspan="3"> </td></tr> </table> <p>Krankenhausbehandlung      <input type="checkbox"/> wird vermieden      <input type="checkbox"/> wird verkürzt      <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p><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</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.</p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten geb. am			Kostenträgererkennung      Versicherten-Nr.      Status			Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				<p style="text-align: right;"><b>28</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten</b></p> <p>Diagnose (ICD-10-Code) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p> <p>Datum _____</p> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p><b>Soziotherapeutischer Leistungserbringer</b>  Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.</p> <p>IK des Leistungserbringers _____</p> <p><b>Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers</b>  Folgende Leistungen wurden erbracht</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Datum</td><td>Leistung</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p><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</p> <p>Kontoinhaber _____</p> <p>IBAN _____</p> <p>BIC _____ Geldinstitut _____</p> <p>Datum _____</p> <p>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</p> <p>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpaxis erzeugt.  Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p style="text-align: right;">Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers</p> <p style="text-align: right;">KBV-PRF NR. Muster 28c/E(10.2017)</p>	Datum	Leistung												
Krankenkasse bzw. Kostenträger																														
Name, Vorname des Versicherten geb. am																														
Kostenträgererkennung      Versicherten-Nr.      Status																														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																												
Datum	Leistung																													

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

**Empfehlung 36**  
zur verhaltenbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

Bewegungsgewohnheiten  
 Ernährung  
 Stressmanagement  
 Suchtmittelkonsum

Sonstiges \_\_\_\_\_

**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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am _____</p> <p>Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____  Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____</p> <p>Alterskategorie  <input type="checkbox"/> 20-29 Jahre    <input type="checkbox"/> 30-34 Jahre    <input type="checkbox"/> ab 35 Jahre         </p> <p><b>Auftrag</b>  <small>(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)</small></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Primär-screening <input type="checkbox"/> Zytologie</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik <input type="checkbox"/> HPV-Test</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)</td> </tr> </table> <p><b>Anamnese</b>          Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?  <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, zuletzt _____</p> <p>Gruppe _____</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unklar</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nicht verwertbar</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> HPV-HR-Testergebnis</td> </tr> </table> <p>Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales  <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja    Welche? _____</p> <p>Jetzt:          Letzte Periode _____</p> <p>Gravidität _____</p> <p>Ausfluss / pathologische Blutung _____</p> <p>IUP _____</p> <p>Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung  <small>(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)</small></p> <p>Klinischer Befund  <input type="checkbox"/> unauffällig    <input type="checkbox"/> auffällig</p> <p><b>Erläuterungen</b> <small>ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen</small></p>	<input type="checkbox"/> Primär-screening <input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik <input type="checkbox"/> HPV-Test	<input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nicht verwertbar	<input type="checkbox"/> HPV-HR-Testergebnis	<p style="text-align: right;"><b>Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom</b> <span style="float: right;">39</span></p> <p style="text-align: right;">Auftragsnummer des Labors</p> <p style="text-align: right;"></p> <p><b>Zytologischer Befund / Kombinationsbefund</b></p> <p>Eingangsdatum _____</p> <p>Endozervikale Zellen  <input type="checkbox"/> vorhanden    <input type="checkbox"/> nicht vorhanden</p> <p>Proliferationsgrad _____</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Döderleinflora <input type="checkbox"/> Trichomonaden</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Mischflora <input type="checkbox"/> Candida</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Kokkenflora <input type="checkbox"/> Gardnerella</td> </tr> </table> <p>Gruppe _____</p> <p>HPV-HR-Testergebnis  <input type="checkbox"/> positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?  <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nicht differenzierbar  <input type="checkbox"/> negativ  <input type="checkbox"/> nicht verwertbar</p> <p><b>Bemerkungen</b></p> <p><b>Zusammenfassende Empfehlung</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HPV-Test</td> <td><input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ko-Test</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie</td> <td></td> </tr> </table> <p>Zeitraum  <input type="checkbox"/> in _____ Monaten  <input type="checkbox"/> sofort</p> <p style="text-align: right;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes</p> <p style="text-align: right;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p style="text-align: center;"><b>Ausfertigung für den untersuchenden Arzt</b></p>	<input type="checkbox"/> Döderleinflora <input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Mischflora <input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Kokkenflora <input type="checkbox"/> Gardnerella	<input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle	<input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung	<input type="checkbox"/> HPV-Test	<input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung	<input type="checkbox"/> Ko-Test		<input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie	
<input type="checkbox"/> Primär-screening <input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> Abklärungsdiagnostik <input type="checkbox"/> HPV-Test	<input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)																
<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nicht verwertbar	<input type="checkbox"/> HPV-HR-Testergebnis																
<input type="checkbox"/> Döderleinflora <input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Mischflora <input type="checkbox"/> Candida	<input type="checkbox"/> Kokkenflora <input type="checkbox"/> Gardnerella																
<input type="checkbox"/> zytologische Kontrolle	<input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung																	
<input type="checkbox"/> HPV-Test	<input type="checkbox"/> nach Östrogenbehandlung																	
<input type="checkbox"/> Ko-Test																		
<input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie																		

Original: DIN A4 hoch

## 2.39.8 Muster 39b/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>Alterskategorie</b>  <input type="checkbox"/> 20-29 Jahre    <input type="checkbox"/> 30-34 Jahre    <input type="checkbox"/> ab 35 Jahre         </p> <p><b>Auftrag</b>  <small>(Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise für verschiedene Beauftragungsszenarien)</small> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Primär-screening <input type="checkbox"/> Zytologie</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Abklärungs-diagnostik <input type="checkbox"/> HPV-Test</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)</td> </tr> </table> </p> <p><b>Anamnese</b>          Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?  <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, zuletzt _____         </p> <p>Gruppe _____</p> <p>HPV-Impfung      HPV-HR-Testergebnis</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unklar</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nicht verwertbar</td> </tr> </table> <p>Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales  <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja    Welche? _____</p> <p><b>Jetzt:</b>          Letzte Periode _____</p> <p>Gravidität      Ausfluss / pathologische Blutung      IUP</p> <p>Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung  <small>(ggf. bitte in Anmerkungen erläutern)</small></p> <p>Klinischer Befund      <input type="checkbox"/> unauffällig    <input type="checkbox"/> auffällig</p> <p><b>Erläuterungen</b>      <small>ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen</small></p>	<input type="checkbox"/> Primär-screening <input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> Abklärungs-diagnostik <input type="checkbox"/> HPV-Test	<input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nicht verwertbar	<p style="text-align: center;"><b>Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom</b></p> <p style="text-align: right;">39</p> <p style="text-align: right;">Auftragsnummer des Labors</p> <p style="text-align: right;"></p> <p><b>Zytologischer Befund / Kombinationsbefund</b></p> <p>Eingangsdatum _____</p> <p>Endozervikale Zellen  <input type="checkbox"/> vorhanden    <input type="checkbox"/> nicht vorhanden</p> <p>Proliferationsgrad _____</p> <p>Döderleinflora    Mischflora    Kokkenflora  <input type="checkbox"/> Trichomonaden    <input type="checkbox"/> Candida    <input type="checkbox"/> Gardnerella</p> <p>Gruppe _____</p> <p>HPV-HR-Testergebnis  <input type="checkbox"/> positiv, wenn ja: Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?  <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> nicht differenzierbar  <input type="checkbox"/> negativ  <input type="checkbox"/> nicht verwertbar</p> <p><b>Bemerkungen</b></p> <p><b>Zusammenfassende Empfehlung</b></p> <p><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</p> <p>Zeitraum  <input type="checkbox"/> in _____ Monaten  <input type="checkbox"/> sofort</p> <p style="text-align: right;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes</p> <p style="text-align: right;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p style="text-align: center;"><b>Ausfertigung für den zytologisch tätigen Arzt</b></p> <p style="text-align: right;">PPF-NR Muster 39b/E (1.2021)</p>
<input type="checkbox"/> Primär-screening <input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> Abklärungs-diagnostik <input type="checkbox"/> HPV-Test	<input type="checkbox"/> Ko-Testung (Zyt.+HPV)				
<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nicht verwertbar					

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.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 / Krankhauseinweisung!**

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung / Krankhauseinweisung 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

<input type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger  <input type="checkbox"/> Name, Vorname des Versicherten  <input type="checkbox"/> geb. am  <input type="checkbox"/> Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status <input type="checkbox"/> Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<p style="text-align: right;"><b>Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit</b></p> <p style="text-align: right;">52</p>						
<p><b>1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">ICD-10 - Code</td> </tr> </table> <p>ggf. Angabe sich daraus ergebender Funktionseinschränkungen</p> <hr/> <hr/> <hr/>		ICD-10 - Code					
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code		
<p><b>2. Welche Tätigkeiten übte die/der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?</b> (Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)</p> <p>2.1 erwerbstätig als _____ regelmäßige _____ Stunden pro Woche Arbeitszeit</p> <p>2.2 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>2.3 Welche diagnostischen/therapeutischen/rehabilitativen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?</p> <p>konservativ (ggf. wann und welche) _____ operativ (ggf. wann und welche) _____ Heilmittel (ggf. seit wann und welche) _____</p> <p>Stufenweise Wiedereingliederung (gilt nicht für Arbeitslose) <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> eingeleitet Medizinische Rehabilitation <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> beantragt Patientenschulung <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> eingeleitet</p> <p>Sonstige (therapeutische) Maßnahmen (ggf. wann und welche) z. B. Rückenschule, Ernährungsberatung, Suchttherapie, Psychotherapeutische Behandlung, Leistungen zur Teilhabe, Rehabilitationssport/Funktionstraining oder betriebliches Eingliederungsmanagement</p> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> keine (Begründung erforderlich) _____</p>							
<p>4. Erfolgte eine Überweisung zur fachärztlichen Mitbehandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Fachrichtung _____</p> <p>5. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p style="text-align: right;">Ausstellungsdatum _____</p> <p>Für das Ausstellen dieses Berichts ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig</p> <p style="text-align: right;">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p style="text-align: right;">PRF.NR. Muster 52/E (4.2025)</p>							

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.
<b>Von der Krankenkasse auszufüllen!</b>		
I. Arbeitsunfähig vom _____ bis _____ wegen  <hr/> <hr/>		
II. Vorher bestand Arbeitsunfähigkeit wegen _____ vom _____ bis _____ behandelnder Arzt  1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____		
<b>Vom Vertragsarzt auszufüllen!</b>		
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?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) _____ genannten Krankheit(en).	
III. Sind während der unter I. genannten Arbeitsunfähigkeit weitere Krankheiten hinzugegetreten?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ am _____	
Wird die Arbeitsunfähigkeit nur noch von der/den hinzugegetretenen Krankheit(en) bedingt?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ ab _____	
Handelt es sich bei der hinzugegetretenen Krankheit und einer unter II. genannten früheren Erkrankung um dieselbe Krankheit* im Sinne der unten abgedruckten versicherungsrechtlichen Erläuterungen?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar bei der/den unter Ziffer(n) _____ genannten Krankheit(en).	
Ergänzende Bemerkungen  <hr/> <hr/> <hr/>		
<small>* 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.</small>		Ausstellungsdatum _____  Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
<small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arzapraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>		
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	geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<b>behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10)</b>		
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<b>Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich</b>		
<input type="checkbox"/> ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar		
<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich bis _____		
<input type="checkbox"/> nein		
Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.		
<b>Bescheinigung einer 55 schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V</b>		
Seit _____ <small>(mindestens 4 Quartale zurückliegend)</small> ist der Versicherte wegen derselben Erkrankung in Dauerbehandlung.		
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 Arztpaxis 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 Rehabilitationssport/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

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status  Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<b>Antrag auf Kostenübernahme</b> <input type="checkbox"/> für Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> für Funktionstraining <p>Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.</p>	<b>56</b> Diagnoseschlüssel ICD-10-GM																																																																																																																								
<b>Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining</b> verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose																																																																																																																										
Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe																																																																																																																										
Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)																																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> <b>Empfohlene Rehabilitationssportart</b> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Gymnastik (auch im Wasser)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Schwimmen</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Ausdauer- und Kraftausdauerübungen</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Bewegungsspiele</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Sonstige _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="padding-top: 2px;"> <input type="checkbox"/> Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich         </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: left; padding-top: 2px;"> <b>Rehabilitationssport</b> ist notwendig für         </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="padding-top: 2px;"> <input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)         </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="padding-top: 2px;"> <input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung         </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Asthma bronchiale</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Morbus Parkinson</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben</td> <td style="padding: 2px;">Mukoviszidose</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</td> <td style="padding: 2px;">Multipler Sklerose</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig</td> <td style="padding: 2px;">Muskeldystrophie</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen</td> <td style="padding: 2px;">Niereninsuffizienz, terminal</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Doppelamputation</td> <td style="padding: 2px;">Organische Hirnschädigung</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Epilepsie, therapieresistent</td> <td style="padding: 2px;">Polyneuropathie</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Infantile Zerebralparese</td> <td style="padding: 2px;">Querschnittslähmung, schwere Lähmung</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Intelligenzminderung, mittelgradig</td> <td style="padding: 2px;">andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Morbus Bechterew</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table> </td> <td colspan="3" style="border: none;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> <b>Empfohlene Funktionstrainingsarten</b> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Trockengymnastik</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Wassergymnastik</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"> <p><b>Funktionstraining</b> ist notwendig für</p> </td> <td colspan="3" style="border: none;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 12 Monate (Richtwert)</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Syndrom</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Kollagenosen</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Morbus Bechterew</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Osteoporose</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich       </td> <td colspan="3"> <p><b>Längere Leistungsdauer</b>, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)       </td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert)       </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> <b>Folgeverordnung mit Begründung</b>, warum erlernte Übungen nicht oder noch nicht selbstständig durchgeführt werden können       </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center; font-size: small;">         Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.          PRF NR.          Muster 56.1/E (1.2023)       </td> </tr> </table>			<b>Empfohlene Rehabilitationssportart</b>			<input type="checkbox"/>	Gymnastik (auch im Wasser)	<input type="checkbox"/>	Schwimmen	<input type="checkbox"/>	Ausdauer- und Kraftausdauerübungen	<input type="checkbox"/>	Bewegungsspiele	<input type="checkbox"/>	Sonstige _____			<input type="checkbox"/> Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich						<b>Rehabilitationssport</b> ist notwendig für						<input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)						<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Asthma bronchiale</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Morbus Parkinson</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben</td> <td style="padding: 2px;">Mukoviszidose</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</td> <td style="padding: 2px;">Multipler Sklerose</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig</td> <td style="padding: 2px;">Muskeldystrophie</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen</td> <td style="padding: 2px;">Niereninsuffizienz, terminal</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Doppelamputation</td> <td style="padding: 2px;">Organische Hirnschädigung</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Epilepsie, therapieresistent</td> <td style="padding: 2px;">Polyneuropathie</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Infantile Zerebralparese</td> <td style="padding: 2px;">Querschnittslähmung, schwere Lähmung</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Intelligenzminderung, mittelgradig</td> <td style="padding: 2px;">andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Morbus Bechterew</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>			Asthma bronchiale	Morbus Parkinson	Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (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	andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)	Morbus Bechterew		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> <b>Empfohlene Funktionstrainingsarten</b> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Trockengymnastik</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Wassergymnastik</td> </tr> </table>			<b>Empfohlene Funktionstrainingsarten</b>			<input type="checkbox"/>	Trockengymnastik	<input type="checkbox"/>	Wassergymnastik	<p><b>Funktionstraining</b> ist notwendig für</p>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 12 Monate (Richtwert)</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Syndrom</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Kollagenosen</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Morbus Bechterew</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Osteoporose</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 12 Monate (Richtwert)		<input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität		<input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Syndrom		<input type="checkbox"/> Kollagenosen		<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew		<input type="checkbox"/> Osteoporose		<input type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer		<input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis		<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis		<input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich			<p><b>Längere Leistungsdauer</b>, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.</p>			<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)			<input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert)			<input type="checkbox"/> <b>Folgeverordnung mit Begründung</b> , 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)					
<b>Empfohlene Rehabilitationssportart</b>																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	Gymnastik (auch im Wasser)	<input type="checkbox"/>	Schwimmen	<input type="checkbox"/>	Ausdauer- und Kraftausdauerübungen																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	Bewegungsspiele	<input type="checkbox"/>	Sonstige _____																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich																																																																																																																										
<b>Rehabilitationssport</b> ist notwendig für																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung																																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Asthma bronchiale</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Morbus Parkinson</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben</td> <td style="padding: 2px;">Mukoviszidose</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</td> <td style="padding: 2px;">Multipler Sklerose</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig</td> <td style="padding: 2px;">Muskeldystrophie</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen</td> <td style="padding: 2px;">Niereninsuffizienz, terminal</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Doppelamputation</td> <td style="padding: 2px;">Organische Hirnschädigung</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Epilepsie, therapieresistent</td> <td style="padding: 2px;">Polyneuropathie</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Infantile Zerebralparese</td> <td style="padding: 2px;">Querschnittslähmung, schwere Lähmung</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Intelligenzminderung, mittelgradig</td> <td style="padding: 2px;">andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Morbus Bechterew</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>			Asthma bronchiale	Morbus Parkinson	Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (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	andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)	Morbus Bechterew		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> <b>Empfohlene Funktionstrainingsarten</b> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Trockengymnastik</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Wassergymnastik</td> </tr> </table>			<b>Empfohlene Funktionstrainingsarten</b>			<input type="checkbox"/>	Trockengymnastik	<input type="checkbox"/>	Wassergymnastik																																																																																										
Asthma bronchiale	Morbus Parkinson																																																																																																																									
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose																																																																																																																									
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (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	andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)																																																																																																																									
Morbus Bechterew																																																																																																																										
<b>Empfohlene Funktionstrainingsarten</b>																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	Trockengymnastik																																																																																																																									
<input type="checkbox"/>	Wassergymnastik																																																																																																																									
<p><b>Funktionstraining</b> ist notwendig für</p>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 12 Monate (Richtwert)</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Syndrom</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Kollagenosen</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Morbus Bechterew</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Osteoporose</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 12 Monate (Richtwert)		<input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität		<input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Syndrom		<input type="checkbox"/> Kollagenosen		<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew		<input type="checkbox"/> Osteoporose		<input type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer		<input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis		<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 12 Monate (Richtwert)																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Syndrom																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Kollagenosen																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Osteoporose																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich			<p><b>Längere Leistungsdauer</b>, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.</p>																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)			<input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert)																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> <b>Folgeverordnung mit Begründung</b> , 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.
<b>Rehabilitationssport</b> ist notwendig für <input type="checkbox"/> Herzgruppe <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko) <input type="checkbox"/> <b>Erstverordnung</b> 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) <input type="checkbox"/> <b>Folgeverordnung</b> 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> nur bei Belastungsgrenze &lt; 1,4 Watt/kg Körpergewicht <input type="checkbox"/> wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist</div> <input type="checkbox"/> <b>Kinderherzgruppen</b> 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)		
<b>Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten</b> (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	<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
<b>Abweichung von oben genannten Richtwerten</b> _____ Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining _____ Datum Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig		
_____ Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		
<b>Antrag auf Kostenübernahme</b> Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort  <input type="checkbox"/> Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit (Monat/Jahr) _____ Datum _____ Unterschrift des Versicherten		
<b>Kostenübernahmeverklärung der Krankenkasse</b> 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 _____ bis _____ Datum _____  Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht  Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.
		_____ Stempel der Krankenkasse / Unterschrift 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 Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

## 2.61.9 Muster 61 Teil Aa/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 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	<p style="text-align: right;"><b>61 Teil A</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers</b></p> <p><b>Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse</b></p> <p>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.</p> <p><b>Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-E ausfüllen.</b></p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten geb. am													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<b>I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen</b>													
<b>A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen</b>		Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *										
1.													
2.													
3.													
<b>B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen</b>													
4.													
5.													
6.													
<b>II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse</b>													
<p><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></p> <p>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>.</p> <p><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></p> <p>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.</p>													
<b>ggf. weitere Anmerkungen</b>		Datum	_____ <small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small>										
<b>III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt</b>													
<p>Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b> _____</p> <p>_____ <small>Stempel / Unterschrift der Krankenkasse</small></p> <p>PRF.NR. Muster 61 Teil Aa/E (7.2022)</p>													

Original: DIN A4 hoch

## 2.61.10 Muster 61 Teil Ab/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 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	<p style="text-align: right;"><b>61 Teil A</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers</b></p> <p><b>Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse</b></p> <p>Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhaber 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.</p> <p><b>Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-E ausfüllen.</b></p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten geb. am													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<b>I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen</b>													
<b>A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen</b>		Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *										
1.													
2.													
3.													
<b>B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen</b>													
4.													
5.													
6.													
<b>II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse</b>													
<p><input type="checkbox"/> <b>Beratung der/des Versicherten</b> Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.</p> <p>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>.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers</b> Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.</p> <p>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.</p>													
<b>ggf. weitere Anmerkungen</b>		Datum	_____ <small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small>										
<b>III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt</b>													
<p>Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenkasse (<b>bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen</b>)</p> <p><input type="checkbox"/> Rentenversicherung (<b>Vordruck liegt bei</b>)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>_____ <small>Stempel / Unterschrift der Krankenkasse</small></p>													
<p>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p>PRF NR. Muster 61 Teil Ab/E (7.2022)</p>													

Original: DIN A4 hoch

## 2.61.11 Muster 61 Teil Ba/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status  Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<b>Verordnung von medizinischer Rehabilitation</b> <b>61 Teil B</b> <b>Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend</b> <input type="checkbox"/> Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit Bei gleichrangiger Zuständigkeit <i>(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)</i> <input type="checkbox"/> Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV																								
<b>I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen</th> <th style="width: 30%;">Diagnoseschlüssel ICD-10-GM</th> <th style="width: 40%;">Ursache *</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrische Diagnosen</b></td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>6. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">         * 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)       </div>		A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *	1. _____	_____	_____	2. _____	_____	_____	3. _____	_____	_____	<b>B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrische Diagnosen</b>			4. _____	_____	_____	5. _____	_____	_____	6. _____	_____	_____
A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *																							
1. _____	_____	_____																							
2. _____	_____	_____																							
3. _____	_____	_____																							
<b>B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrische Diagnosen</b>																									
4. _____	_____	_____																							
5. _____	_____	_____																							
6. _____	_____	_____																							
<b>II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung</b> <p>A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>B. Rehabilitationrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>C. Bei geriatrischer Rehabilitation mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Mobilität</th> <th>Kognition</th> <th>Schmerz</th> <th>Herz-/Lungenfunktion</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TUG sek + Chair Rise sek</td> <td>MMST / 30</td> <td>Schmerzskala / 10</td> <td>Ergometrie Watt</td> </tr> <tr> <td>Handkraft kg oder kpa</td> <td>GDS 15 / 15</td> <td></td> <td>FEV1 % + VK %</td> </tr> <tr> <td>DEMMI / 100 Tinetti / 28</td> <td>Uhren- test / 7</td> <td></td> <td>NYHA-Stadium</td> </tr> </tbody> </table> <p>D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend</p> <p>E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p>		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								
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																						
<b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b>																									
<small>PRF NR. Muster 61 Teil Ba/E (7.2022)</small>																									

## 2.61.12 Muster 61 Teil Bb/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status  Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<b>Verordnung von medizinischer Rehabilitation</b> <b>61 Teil B</b> <b>Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend</b>																
<input type="checkbox"/> Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Bei gleichrangiger Zuständigkeit <i>(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)</i> <input type="checkbox"/> Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV																	
<b>I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen</b>																	
<b>A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen</b>																	
1. _____ 2. _____ 3. _____  4. _____ 5. _____ 6. _____	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM      Ursache *  _____      _____ _____      _____ _____      _____																
<small>* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)</small>																	
<small>           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)         </small>																	
<b>II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung</b>																	
<b>A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung</b>																	
_____ _____  _____ _____																	
<b>B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)</b>																	
_____ _____																	
<b>C. Bei geriatrischer Rehabilitation</b> <small>mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche</small>																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Mobilität</th> <th>Kognition</th> <th>Schmerz</th> <th>Herz-/Lungenfunktion</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TUG sek + Chair Rise sek</td> <td>MMST / 30</td> <td>Schmerzskala / 10</td> <td>Ergometrie Watt</td> </tr> <tr> <td>Handkraft kg oder kpa</td> <td>GDS 15 / 15</td> <td></td> <td>FEV1 % + VK %</td> </tr> <tr> <td>DEMMI / 100 Tinetti / 28</td> <td>Uhren- test / 7</td> <td></td> <td>NYHA-Stadium</td> </tr> </tbody> </table>		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
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														
<b>D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)</b>																	
_____  _____																	
<input type="checkbox"/> Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend																	
<b>E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel</b>																	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____																	
<b>Ausfertigung für den Vertragsarzt</b>																	
<small>PRF NR. Muster 61 Teil Bb/E (7.2022)</small>																	

Original: DIN A4 hoch

## 2.61.13 Muster 61 Teil Ca/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil C			
<b>F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilnahme</b>						
			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						
<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						
<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 beteiligen, Erholung und Freizeit)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G. Lebensumstände/Kontextfaktoren</b>						
<b>1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren</b>						
(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützungsbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)						
<hr/> <hr/>						
<hr/> <hr/>						
<hr/> <hr/>						
<b>2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch</b>						
<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel Fehlhaltung	BMI _____	<input type="checkbox"/> Fehl-/Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin		
<input type="checkbox"/> Sonstiges z.B. Suchtmittel	_____					
<hr/> <hr/>						
<b>III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit</b>						
Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b>						
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			
<b>F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilnahme</b>						
	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						
<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						
<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 beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>G. Lebensumstände/Kontextfaktoren</b>						
<b>1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren</b>						
(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützungsbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)						
<hr/> <hr/>						
<hr/> <hr/>						
<hr/> <hr/>						
<b>2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch</b>						
<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel Fehlhaltung	BMI _____	<input type="checkbox"/> Fehl-/Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin		
<input type="checkbox"/> Sonstiges z.B. Suchtmittel						
<hr/> <hr/>						
<b>III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit</b>						
Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Ausfertigung für den Vertragsarzt</b>						
PRF NR. Muster 61 Teil Cb/E (7.2022)						

Original: DIN A4 hoch

## 2.61.15 Muster 61 Teil Da/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil D
<b>IV. Rehabilitationsziele</b>			
A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen			
<hr/>			
B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten			
<hr/>			
<b>V. Rehabilitationsprognose</b>			
Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine <b>positive Prognose</b> für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)	<hr/>	
<hr/>			
<b>VI. Zuweisungsempfehlungen</b>			
A. Empfohlene Rehabilitationsform			
<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> ambulant-mobil	<input type="checkbox"/> stationär	<hr/>
<input type="checkbox"/> Mütter-Leistung	<input type="checkbox"/> Väter-Leistung	<input type="checkbox"/> als Mutter-Kind-Leistung	<input type="checkbox"/> als Vater-Kind-Leistung
B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)			
<hr/> <input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> pflegende/r Angehörige/r	<input type="checkbox"/> andere	<hr/>	
<b>VII. Sonstige Angaben</b>			
Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund			
<input type="checkbox"/> neuer Indikation	<input type="checkbox"/> Verschlimmerung bei gleicher Indikation	<hr/>	
<input type="checkbox"/> Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig	<hr/>		
<input type="checkbox"/> Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert	<hr/>		
Reisefähigkeit			
<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> PKW erforderlich	<input type="checkbox"/> Begleitperson erforderlich	<hr/>
Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen			
<input type="checkbox"/> Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)	<hr/>		
<input type="checkbox"/> Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht	<hr/>		
Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter			
<hr/> <hr/>			
<b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b>		PRFNR. Muster 61 Teil Da/E (7.2022)	

Original: DIN A4 hoch

## 2.61.16 Muster 61 Teil Db/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil D
<b>IV. Rehabilitationsziele</b>			
A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen			
<hr/>			
B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten			
<hr/>			
<b>V. Rehabilitationsprognose</b>			
Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine <b>positive Prognose</b> für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)	<hr/>	
<hr/>			
<b>VI. Zuweisungsempfehlungen</b>			
A. Empfohlene Rehabilitationsform			
<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> ambulant-mobil	<input type="checkbox"/> stationär	<hr/>
<input type="checkbox"/> Mütter-Leistung	<input type="checkbox"/> Väter-Leistung	<input type="checkbox"/> als Mutter-Kind-Leistung	<input type="checkbox"/> als Vater-Kind-Leistung
B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)			
<hr/> <input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> pflegende/r Angehörige/r	<input type="checkbox"/> andere	<hr/>	
<b>VII. Sonstige Angaben</b>			
Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund			
<input type="checkbox"/> neuer Indikation	<input type="checkbox"/> Verschlimmerung bei gleicher Indikation	<hr/>	
<input type="checkbox"/> Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig	<hr/>		
<input type="checkbox"/> Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert	<hr/>		
Reisefähigkeit			
<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> PKW erforderlich	<input type="checkbox"/> Begleitperson erforderlich	<hr/>
Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen			
<input type="checkbox"/> Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)	<hr/>		
<input type="checkbox"/> Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht	<hr/>		
Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter			
<hr/> <hr/>			
<b>Ausfertigung für den Vertragsarzt</b>		PRFNR: Muster 61 Teil Db/E (7.2022)	

Original: DIN A4 hoch

2.61.17 Muster 61 Teil Ea/E

Original: DIN A4 hoch

## 2.61.18 Muster 61 Teil Eb/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	<b>61 Teil E</b>
<b>VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten</b>			
<b>A. Erteilte Einwilligungserklärungen</b>			
1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<b>Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht</b> 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>B. Angaben der/des Versicherten</b>			
<i>Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.</i>			
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)			
<b>Ausfertigung für den Vertragsarzt</b>			
PRFNR. Muster 61 Teil Eb/E (7.2022)			

Original: DIN A4 hoch

**2.62A Muster 62A/E:**

Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw.  
Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

(Stand: 01.2023)

**2.62A.1** Für die Erhebung des Beatmungsentwöhungs- 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 Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

**2.62A.5** unbesetzt

**2.62A.6** unbesetzt

## 2.62A.7 Muster 62Aa/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status  Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<b>Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</b>	<b>62A</b>
<p>Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik</p> <hr/>		
<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      geplanter Termin</p> <hr/>		
<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> <hr/>		
<p><b>Potenzial liegt nicht vor</b>      <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung      <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Begründung</p> <hr/>		
<p>Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status</p> <hr/>		
<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 Beatmungsentwöhungs- 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> <hr/> <hr/> <hr/>		
<p>Ergebnis der Erhebung festgestellt am</p> <hr/>		
<p>Erneute Erhebung geplant am</p> <hr/>		
<p><b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b></p>		
<small>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRF.NR. Muster 62Aa/E (1.2020)</small>		

Original: DIN A 4 hoch

## 2.62A.8 Muster 62Ab/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status  Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<b>Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</b>	<b>62A</b>
<p>Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik</p> <hr/>		
<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      geplanter Termin</p> <hr/>		
<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> <hr/>		
<p><b>Potenzial liegt nicht vor</b>      <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung      <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Begründung</p> <hr/> <p>Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status</p> <hr/>		
<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 Beatmungsentwöhungs- 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> <hr/> <p>Ergebnis der Erhebung festgestellt am</p> <hr/> <p>Erneute Erhebung geplant am</p> <hr/> <p><b>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</b></p>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;">           Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift         </div> <p>PRF.NR. Muster 62Ab/E (1.2023)</p>		

Original DIN A 4 hoch

## 2.62A.9 Muster 62Ac/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status  Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<b>Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</b>	<b>62A</b>
<p>Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik</p> <hr/>		
<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      geplanter Termin</p> <hr/>		
<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> <hr/>		
<p><b>Potenzial liegt nicht vor</b>      <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung      <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Begründung</p> <hr/> <p>Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status</p> <hr/>		
<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 Beatmungsentwöhungs- 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> <hr/> <p>Ergebnis der Erhebung festgestellt am</p> <hr/> <p>Erneute Erhebung geplant am</p> <hr/> <p><b>Ausfertigung für den potenzielerhebenden Arzt</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: right;">PRF.NR. Muster 62Ac/E (1.2022)</p>		

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 § 132I  
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**

62B

# Verordnung außerklinischer Intensivpflege

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

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

Voraussichtliches Entlassdatum  
(nur durch Krankenhaus anzugeben) \_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
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"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)		

Unfall

## 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	

<input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht	durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz	<input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten	<input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten
--	--	--	--

### Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit

### Bewusstseinstörung, Art

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Nackengriff
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> Schürzengriff
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Faustschluss
		<input type="checkbox"/> Situation nicht vorhanden		<input type="checkbox"/> Pinzettengriff
				<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 Dekanüllierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanüllungspotenzials 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)

Vertragsarztstempel/Unterschrift  
des verordnenden Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten

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

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Vordruck-Vereinbarung Blankoformularbedruckung Seite 129 von 159

Seite 129 von 159

---

01.01.2026

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

## Original DIN A 4 hoch

## 2.62B.10 Muster 62Bb/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am _____	<b>62B</b> <b>Verordnung außerklinischer Intensivpflege</b> Verordnungsrelevante Diagnose(n) ( <i>ICD-10-Code</i> ) <hr/> vom _____ bis _____ Voraussichtliches Entlassdatum <i>(nur durch Krankenhaus anzugeben)</i> _____						
Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____							
<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 ( <i>fakultativ I bis III</i> ) <input type="checkbox"/> Unfall							
<b>I. Klinischer Status</b>							
<input type="checkbox"/> <b>Beatmung, seit</b> _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 60%;">Beatmungsform</th> <th style="width: 20%;">Beatmungsdauer</th> <th style="width: 20%;">Spontanatmungszeit</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> invasiv  <input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp         </td> <td>           Stunden pro Tag _____            Stunden pro Nacht _____         </td> <td>           Stunden pro Tag _____            Stunden pro Nacht _____         </td> </tr> </table>		Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	<input type="checkbox"/> invasiv <input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp	Stunden pro Tag _____ Stunden pro Nacht _____	Stunden pro Tag _____ Stunden pro Nacht _____
Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit					
<input type="checkbox"/> invasiv <input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp	Stunden pro Tag _____ Stunden pro Nacht _____	Stunden pro Tag _____ Stunden pro Nacht _____					
<input type="checkbox"/> <b>Tracheostoma, seit</b> _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 40%;">Trachealkanüle</th> <th style="width: 60%;">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> durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____ <input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten <input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten							
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige vitale Funktionseinschränkungen</b> , Art und Häufigkeit _____							
<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 Dekanüllierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnnungs- bzw. Dekanüllierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.							
Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität							
<input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt <input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt <input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht							
Weitere Erläuterungen							
Konsilpartner bei nicht beatzungspflichtigen 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 Leistungserbringer nach § 132i							
<small>PRF.NR. Muster 62Bb/E (1.2023)</small>							
<small>Vertragssarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes</small>							

Original DIN A 4 hoch

## 2.62B.11 Muster 62Bc/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am _____  Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____  Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____	<b>Verordnung außerklinischer Intensivpflege</b> Verordnungsrelevante Diagnose(n) ( <i>ICD-10-Code</i> ) <hr/> vom _____ bis _____ Voraussichtliches Entlassdatum <i>(nur durch Krankenhaus anzugeben)</i> _____	<b>62B</b>																		
<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 ( <i>fakultativ I bis III</i> ) <input type="checkbox"/> Unfall																				
<b>I. Klinischer Status</b>																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Beatmung, seit _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">           Beatmungsform  <input type="checkbox"/> invasiv  <input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp         </td> <td style="text-align: center;">           Beatmungsdauer _____ Stunden pro Tag            Spontanatmungszeit _____ Stunden pro Tag            _____ Stunden pro Nacht         </td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Tracheostoma, seit _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">           Trachealkanüle  <input type="checkbox"/> geblockt    <input type="checkbox"/> ungeblockt    <input type="checkbox"/> Sprechventil         </td> <td style="text-align: center;">           Entblockungszeiten         </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht    durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____         </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten    <input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten         </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit _____         </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Beatmung, seit _____			Beatmungsform <input type="checkbox"/> invasiv <input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp		Beatmungsdauer _____ Stunden pro Tag Spontanatmungszeit _____ Stunden pro Tag _____ Stunden pro Nacht	<input type="checkbox"/> Tracheostoma, seit _____			Trachealkanüle <input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil		Entblockungszeiten	<input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht    durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____		<input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten <input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten	<input type="checkbox"/> Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit _____		
<input type="checkbox"/> Beatmung, seit _____																				
Beatmungsform <input type="checkbox"/> invasiv <input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp		Beatmungsdauer _____ Stunden pro Tag Spontanatmungszeit _____ Stunden pro Tag _____ Stunden pro Nacht																		
<input type="checkbox"/> Tracheostoma, seit _____																				
Trachealkanüle <input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil		Entblockungszeiten																		
<input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht    durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____		<input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten <input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten																		
<input type="checkbox"/> Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit _____																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörung, Art _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mitwirkung bei AKI</td> <td>Kommunikation Verständigung</td> <td>Orientierung vorhanden, zu</td> <td>Mobilität vorhanden</td> <td>Orale Ernährung</td> </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 nicht vorhanden         </td> <td> <input type="checkbox"/> uneingeschränkt bis an die Bettkante in den Rollstuhl stehfähig, gehfähig  <input type="checkbox"/> immobil         </td> <td> <input type="checkbox"/> Nackengriff  <input type="checkbox"/> Schürzengriff  <input type="checkbox"/> Faustschluss  <input type="checkbox"/> Pinzettengriff         </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> teilweise         </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 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 nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt bis an die Bettkante in den Rollstuhl stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Nackengriff <input type="checkbox"/> Schürzengriff <input type="checkbox"/> Faustschluss <input type="checkbox"/> Pinzettengriff					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise
<input type="checkbox"/> 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 nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt bis an die Bettkante in den Rollstuhl stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Nackengriff <input type="checkbox"/> Schürzengriff <input type="checkbox"/> Faustschluss <input type="checkbox"/> Pinzettengriff																
				<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 Dekanüllierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnnungs- bzw. Dekanüllungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.																				
Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität <input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt <input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt <input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht																				
Weitere Erläuterungen  Konsilpartner bei nicht beatzungspflichtigen 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)																				
<b>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</b>		<small>PRF.NR. Muster 62Bc/E (1.2026)</small>																		
<small>Vertragssatzstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes</small>																				

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am _____  Kostenträgererkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____  Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____	<p style="text-align: center;"><b>Behandlungsplan</b> Bedarfsmedikamente für AKI</p> <hr/> <hr/> <p style="text-align: center;">Notfallmanagement</p> <hr/> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Therapieziele</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>MRE-Besiedelung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Keim _____</p> <p>Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie</p> <p style="text-align: center;"><b>Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege</b></p> <p><input type="checkbox"/> Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">Tracheotomie</th> <th style="width: 30%;">Trachealkanüle</th> <th style="width: 40%;">Befeuchtung</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch</td> <td>Hersteller _____</td> <td>Innendurchmesser in mm _____, <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sekretmanagement</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 40%;">Aabsauggerät</th> <th style="width: 40%;">Inhalationsgerät</th> <th style="width: 20%;">Medikament/Substanz _____</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____</td> <td>Medikament/Substanz _____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Dysphagiemanagement</p> <p><input type="checkbox"/> Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes Beatmungsgeräteinstellungen</p> <p><input type="checkbox"/> Sauerstoffinsufflation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Notfallversorgung</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">mit Beatmung</th> <th style="width: 33%;">unter Spontanatmung</th> <th style="width: 34%;">Mobilität</th> </tr> <tr> <td>Flow _____ l/min Dauer _____ h/tgl.</td> <td>Flow _____ l/min Dauer _____ h/tgl.</td> <td>Flow _____ l/min Dauer _____ h/tgl.</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Spezielle Hygienemaßnahmen</p> <p>Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)</p> <hr/> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 60%;">Leistung</th> <th colspan="2">Häufigkeit</th> <th colspan="2">Dauer</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">tgl.</th> <th style="width: 15%;">wtl.</th> <th style="width: 15%;">mtl.</th> <th style="width: 15%;">vom</th> <th style="width: 15%;">bis</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> <p>Name des Arztes / der Ärztin _____</p> <p style="text-align: right;">ärztliche Unterschrift _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b></p> <p style="text-align: right;">PRF.NR. Muster 62Ca/E (1.2023)</p>	Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung	<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____	Innendurchmesser in mm _____, <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv	Aabsauggerät	Inhalationsgerät	Medikament/Substanz _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	Medikament/Substanz _____	mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität	Flow _____ l/min Dauer _____ h/tgl.	Flow _____ l/min Dauer _____ h/tgl.	Flow _____ l/min Dauer _____ h/tgl.	Leistung	Häufigkeit		Dauer		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis															
Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung																																										
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____	Innendurchmesser in mm _____, <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv																																										
Aabsauggerät	Inhalationsgerät	Medikament/Substanz _____																																										
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	Medikament/Substanz _____																																										
mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität																																										
Flow _____ l/min Dauer _____ h/tgl.	Flow _____ l/min Dauer _____ h/tgl.	Flow _____ l/min Dauer _____ h/tgl.																																										
Leistung	Häufigkeit		Dauer																																									
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																																							

Original: DIN A 4 hoch

## 2.62C.7 Muster 62Cb/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am _____  Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____  Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____	<b>Behandlungsplan</b> Bedarfsmedikamente für AKI <hr/> <hr/> Notfallmanagement <hr/> <hr/>	<b>62C</b>																														
<b>Therapieziele</b>																																
MRE-Besiedelung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Keim _____ Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie																																
<b>Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege</b>																																
<input type="checkbox"/> Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____																																
<input type="checkbox"/> Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">Tracheotomie</th> <th style="width: 30%;">Trachealkanüle</th> <th style="width: 40%;">Befeuchtung</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch</td> <td style="padding: 2px;">Hersteller _____</td> <td style="padding: 2px;">Innendurchmesser in mm _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv</td> </tr> </table>			Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung	<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____	Innendurchmesser in mm _____			<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv																					
Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung																														
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____	Innendurchmesser in mm _____																														
		<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv																														
<input type="checkbox"/> Sekretmanagement																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">Absauggerät</th> <th style="width: 30%;">Inhalationsgerät</th> <th style="width: 40%;">Medikament/Substanz</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____</td> <td style="padding: 2px;">_____</td> </tr> </table>			Absauggerät	Inhalationsgerät	Medikament/Substanz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	_____																								
Absauggerät	Inhalationsgerät	Medikament/Substanz																														
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	_____																														
<input type="checkbox"/> Dysphagiemanagement																																
<input type="checkbox"/> Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes Beatmungsgeräteinstellungen																																
<input type="checkbox"/> Sauerstoffinsufflation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Notfallversorgung																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">mit Beatmung</th> <th style="width: 30%;">unter Spontanatmung</th> <th style="width: 40%;">Mobilität</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____</td> <td style="padding: 2px;">Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____</td> <td style="padding: 2px;">Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____</td> </tr> </table>			mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____																								
mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität																														
Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____																														
<input type="checkbox"/> Spezielle Hygienemaßnahmen Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)																																
<b>Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)</b>																																
Leistung _____ <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Häufigkeit</th> <th style="width: 10%;">Dauer</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">tgl.</td> <td style="text-align: center;">wtl.</td> <td style="text-align: center;">mtl.</td> <td style="text-align: center;">vom</td> <td style="text-align: center;">bis</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			Häufigkeit	Dauer					tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																			
Häufigkeit	Dauer																															
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																												
Name des Arztes / der Ärztin _____ <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; height: 20px;">ärztliche Unterschrift</td> </tr> </table>			ärztliche Unterschrift																													
ärztliche Unterschrift																																
<b>Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132i</b>																																
PRF.NR. Muster 62Cb/E (1.2023)																																

Original DIN A 4 hoch

## 2.62C.8 Muster 62Cc/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am _____  Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____  Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____	<b>Behandlungsplan</b> Bedarfsmedikamente für AKI <hr/> <hr/> Notfallmanagement <hr/> <hr/>	<b>62C</b>																														
<b>Therapieziele</b>																																
MRE-Besiedelung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Keim _____ Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie																																
<b>Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege</b>																																
<input type="checkbox"/> Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____																																
<input type="checkbox"/> Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">Tracheotomie</th> <th style="width: 30%;">Trachealkanüle</th> <th style="width: 40%;">Befeuchtung</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch</td> <td style="padding: 2px;">Hersteller _____</td> <td style="padding: 2px;">Innendurchmesser in mm _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv</td> </tr> </table>			Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung	<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____	Innendurchmesser in mm _____			<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv																					
Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung																														
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____	Innendurchmesser in mm _____																														
		<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv																														
<input type="checkbox"/> Sekretmanagement																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">Absaugerät</th> <th style="width: 30%;">Inhalationsgerät</th> <th style="width: 40%;">Medikament/Substanz</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____</td> <td style="padding: 2px;">_____</td> </tr> </table>			Absaugerät	Inhalationsgerät	Medikament/Substanz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	_____																								
Absaugerät	Inhalationsgerät	Medikament/Substanz																														
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	_____																														
<input type="checkbox"/> Dysphagiemanagement																																
<input type="checkbox"/> Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes Beatmungsgeräteinstellungen																																
<input type="checkbox"/> Sauerstoffinsufflation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Notfallversorgung																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">mit Beatmung</th> <th style="width: 30%;">unter Spontanatmung</th> <th style="width: 40%;">Mobilität</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____</td> <td style="padding: 2px;">Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____</td> <td style="padding: 2px;">Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____</td> </tr> </table>			mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____																								
mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität																														
Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____																														
<input type="checkbox"/> Spezielle Hygienemaßnahmen Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)																																
<b>Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)</b>																																
Leistung _____ <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Häufigkeit</th> <th style="width: 10%;">Dauer</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">tgl.</td> <td style="text-align: center;">wtl.</td> <td style="text-align: center;">mtl.</td> <td style="text-align: center;">vom</td> <td style="text-align: center;">bis</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			Häufigkeit	Dauer					tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																			
Häufigkeit	Dauer																															
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																												
Name des Arztes / der Ärztin _____ <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; height: 20px;">ärztliche Unterschrift</td> </tr> </table>			ärztliche Unterschrift																													
ärztliche Unterschrift																																
<b>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</b>																																
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.

## 2.63.6 Muster 63a.1/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status  Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<b>Verordnung spezieller ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</b>  <input type="checkbox"/> Erst-verordnung <input type="checkbox"/> Folge-verordnung <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen  vom _____ bis _____	<b>63</b>						
<b>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)</b> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.</p>								
<b>Komplexes Symptomgeschehen</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore</td> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik</td> <td><input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen
<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik						
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen						
<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> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Beratung</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung</td> </tr> </table> <p>mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)</p> <hr/> <hr/> <hr/>			<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung			
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung						
<input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung <input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung								
<b>Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV</b> <hr/> <hr/> <hr/>								
<small>Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.</small>		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes <small>Ausfertigung für die Krankenkasse</small> <small>KBV-PRF-NR. Muster 63a.1/E (10.2014)</small>						
<small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>								

Original: DIN A4 hoch

## 2.63.7 Muster 63a.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
<b>Antrag des Versicherten</b>		
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
<b>Angaben des Leistungserbringers für die SAPV</b>		
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		
<b>Genehmigung der Krankenkasse</b>		
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen		
<input type="checkbox"/>	entsprechend der Verordnung übernommen	
<input type="checkbox"/>	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.		
<b>Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht</b>		
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

## 2.63.8 Muster 63b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am _____  Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____  Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____	<b>Verordnung spezieller ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</b>  <input type="checkbox"/> Erst-verordnung <input type="checkbox"/> Folge-verordnung <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen  vom _____ bis _____	<b>63</b>									
<b>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)</b> _____ _____ _____											
Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.											
<b>Komplexes Symptomgeschehen</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore</td> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik</td> <td><input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen			
<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik									
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen									
<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> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Beratung</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung		<input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft			<input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen	
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung									
	<input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft										
	<input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen										
mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige) _____ _____ _____											
<input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung <input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung											
<b>Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV</b> _____ _____ _____ _____											
<small>Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.</small>		<small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small> <small>Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer</small> <small>KBV-PRF-NR.</small> <small>Muster 63b/E (10.2014)</small>									
<small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>											

Original: DIN A4 hoch

**2.63.9 unbesetzt****2.63.10 Muster 63c/E**

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

**Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)****63**

- Erst-verordnung       Folge-verordnung  
 Unfall       Unfallfolgen

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

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

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

**Komplexes Symptomgeschehen**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik                        | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik                  | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen      |

**Nächere 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**

- |                                   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes | <input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
| <input type="checkbox"/>          | b. der behandelnden Pflegefachkraft                 |   |
| <input type="checkbox"/>          | c. des Patienten / der Angehörigen                  |   |

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

- Additiv unterstützende Teilversorgung       Vollständige Versorgung

**Nächere 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 den spezialisierten Leistungserbringer - der Abrechnung beizufügen  
 KBV-PRF-NR.  
 Muster 63c/E (10.2014)

Original: DIN A4 hoch

## 2.63.11 unbesetzt

## 2.63.12 Muster 63d/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) <span style="float: right;">63</span>		
Name, Vorname des Versicherten	geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
vom _____ bis _____			
<b>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)</b> _____ _____			
Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.			
<b>Komplexes Symptomgeschehen</b>			
<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik		<input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore		<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen
<b>Nähtere 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>			
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen	<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung	
mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige) _____ _____			
<input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung	<input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung	<b>Nähtere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV</b> _____ _____	
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 den verordnenden Arzt KBV-PRF-NR. Muster 63d/E (10.2014)	

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

## 2.64.8 Muster 64Aa/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status  Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<p style="text-align: right;"><b>Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V</b></p> <p style="text-align: right;"><b>64 Teil A</b></p> <p><b>Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für eine Vorsorgeleistung ist gegeben</b></p> <p><b>I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen</b></p> <p><b>A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren</b> (Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</b></p> <p style="text-align: right;">Diagnoseschlüssel ICD-10-GM</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>II. Vorsorgebedürftigkeit</b></p> <p><b>A. Kurze Angaben zur Anamnese</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen</b> (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)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väterspezifische Problemkonstellation relevant sind</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung</td> <td><input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner</td> <td><input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft</td> <td><input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erziehungs-schwierigkeiten</td> <td><input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen</td> <td><input type="checkbox"/> soziale Isolation</td> <td><input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungs-schwierigkeiten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)</td> <td><input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen</td> <td><input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten</td> <td><input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters</td> <td><input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck</td> <td><input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten</td> <td><input type="checkbox"/> allein erziehend</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen</p> <hr/> <hr/> <p><b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b></p> <p>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p style="text-align: right;">PRF NR. Muster 64 Aa/E (10/2018)</p>	<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"/> Erziehungs-schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> soziale Isolation	<input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungs-schwierigkeiten	<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		
<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"/> Erziehungs-schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> soziale Isolation	<input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungs-schwierigkeiten																						
<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																								

Original DIN A4 hoch

## 2.64.9 Muster 64Ba/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status  Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<p style="text-align: right;"><b>Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V</b></p> <p style="text-align: right;"><b>64 Teil A</b></p> <p><b>Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für eine Vorsorgeleistung ist gegeben</b></p> <p><b>I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen</b></p> <p><b>A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren</b> (Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</b></p> <p style="text-align: right;">Diagnoseschlüssel ICD-10-GM</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>II. Vorsorgebedürftigkeit</b></p> <p><b>A. Kurze Angaben zur Anamnese</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilnahme in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen</b> (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)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väterspezifische Problemkonstellation relevant sind</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung</td> <td><input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner</td> <td><input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft</td> <td><input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erziehungs-schwierigkeiten</td> <td><input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen</td> <td><input type="checkbox"/> soziale Isolation</td> <td><input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungs-schwierigkeiten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)</td> <td><input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen</td> <td><input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten</td> <td><input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters</td> <td><input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck</td> <td><input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten</td> <td><input type="checkbox"/> allein erziehend</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen</p> <hr/> <hr/> <p><b>Ausfertigung für den Arzt</b></p> <p>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p style="text-align: right;">PRF NR: Muster 64 Ab/E (10.2018)</p>	<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"/> Erziehungs-schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> soziale Isolation	<input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungs-schwierigkeiten	<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		
<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"/> Erziehungs-schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> soziale Isolation	<input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungs-schwierigkeiten																						
<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																								

Original DIN A4 hoch

## 2.64.10 Muster 64Ba/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		
64 Teil B				
<b>III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen</b>				
<b>A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie</b>				
<input type="checkbox"/> Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend				
<b>B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)</b>				
<b>IV. Vorsorgeziele</b>				
<b>Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren</b>				
<b>V. Zuweisungsempfehlungen</b>				
<b>A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als</b>				
<input type="checkbox"/> Mütter-Leistung	<input type="checkbox"/> Väter-Leistung	<input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Leistung	<input type="checkbox"/> Vater-Kind-Leistung	
<b>B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen</b>				
Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungsnotwendigkeit*	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"/>
<small>* Das "Ärztliche Attest Kind" (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)</small>				
<b>VI. Sonstige Angaben</b>				
<b>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)</b>				
<input type="checkbox"/> ja, folgende _____				
<b>B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig</b>				
<input type="checkbox"/> ja, Erläuterung _____				
<b>C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)</b>				
<b>D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer</b>				
Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig		Ausstellungsdatum _____		
Ausfertigung für die Krankenkasse		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes PRF NR. Muster 64 Ba/E (10.2018)		

Original DIN A4 hoch

## 2.64.8 Muster 64Aa/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		
64 Teil B				
<b>III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen</b>				
<b>A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie</b>				
<input type="checkbox"/> Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend				
<b>B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)</b>				
<b>IV. Vorsorgeziele</b>				
<b>Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren</b>				
<b>V. Zuweisungsempfehlungen</b>				
<b>A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als</b>				
<input type="checkbox"/> Mütter-Leistung	<input type="checkbox"/> Väter-Leistung	<input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Leistung	<input type="checkbox"/> Vater-Kind-Leistung	
<b>B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen</b>				
Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungsnotwendigkeit*	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"/>
<small>* Das "Ärztliche Attest Kind" (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)</small>				
<b>VI. Sonstige Angaben</b>				
<b>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)</b>				
<input type="checkbox"/> ja, folgende _____				
<b>B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig</b>				
<input type="checkbox"/> ja, Erläuterung _____				
<b>C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)</b>				
<b>D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer</b>				
Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig		Ausstellungsdatum _____		
Ausfertigung für den Arzt		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.		PRF NR. Muster 64 Bb/E (10.2018)		

Original DIN A4 hoch

## 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

## 2.65.8 Muster 65a/E

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

**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 Auftälligkeiten*)

---



---

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 \_\_\_\_\_

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF NR.  
Muster 65a/E(10.2018)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Original: DIN A4 hoch

## 2.65.9 Muster 65b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Ärztliches Attest Kind zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V			65
Name, Vorname des Versicherten				geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
<b>I. Kurze Angaben zur Anamnese</b> <hr/> <hr/>				
<b>II. Vorliegende Gesundheitsprobleme</b> A. <b>Gesundheitsstörungen</b> ( <i>Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auftälligkeiten</i> ) <hr/> <hr/>				
B. <b>Erkrankungen</b> <span style="float: right;">Diagnoseschlüssel ICD-10-GM</span> <hr/> <hr/>				
C. <b>Weitere relevante Informationen</b> ( <i>z.B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen</i> ) <hr/> <hr/>				
<b>III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen</b> <hr/> <hr/>				
<b>IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme</b> <hr/> <hr/>				
<b>V. Hinweise für die Zuweisung</b> A. <b>Anforderungen an die Einrichtung</b> ( <i>z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung</i> ) <input type="checkbox"/> ja, folgende _____ <hr/> <hr/>				
Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig		Ausstellungsdatum _____ PRF NR. Muster 65b/E(10.2018) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		
<b>Auftragung für den Arzt</b> 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 Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.
- 2.70.5 unbesetzt
- 2.70.6 unbesetzt

## 2.70.7 Muster 70a/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>	<b>Behandlungsplan</b> <b>70</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>I Indikation(en)</b> gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung <hr/> <hr/>																							
<b>II Geplante Behandlungsmaßnahme</b> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td></td><td>Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)</td></tr> <tr><td></td><td>Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)</td></tr> <tr><td></td><td>In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)</td></tr> <tr><td></td><td>Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)</td></tr> <tr><td></td><td>Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)</td></tr> </table> <p>Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5) _____</p> <hr/>			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)												
	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)																						
<b>III Kostenschätzung</b> 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.																							
<b>a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</b> Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><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>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</td><td>♀</td></tr> <tr><td>Ort</td><td>♂</td></tr> <tr><td colspan="2">Datum _____</td></tr> </table>	♀	♂	Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀	Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♂	Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀	Ort	♂	Datum _____		<b>b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</b> Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><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>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</td><td>♂</td></tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: -10px;">Vertragsarztsstempel / Unterschrift des Arztes</div>	♀	♂	Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀	Medikamentenkosten (Euro)	♂	Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀	Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♂
♀																							
♂																							
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀																						
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♂																						
Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)	♀																						
Ort	♂																						
Datum _____																							
♀																							
♂																							
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♀																						
Medikamentenkosten (Euro)	♂																						
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀																						
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)	♂																						
<b>IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)</b> 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 Spontanzyklus 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.																							
<b>Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt</b> <small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpaxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small>																							
Der Behandlungs-/Kostenplan wird für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt																							
<input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt</b> (separate Begründung anbei)	 Datum _____																						
<small>Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</small>																							
für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt																							
<input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt</b> (separate Begründung anbei)	 Datum _____																						
<small>Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</small>																							
KBV-PRF NR. _____ Muster 70a/E (10.2014)																							

Original: DIN A4 hoch

## 2.70.8 Muster 70b/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>	<b>Behandlungsplan</b> <b>70</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>I Indikation(en)</b> gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung <hr/> <hr/>																											
<b>II Geplante Behandlungsmaßnahme</b> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td></td><td>Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)</td></tr> <tr><td></td><td>Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)</td></tr> <tr><td></td><td>In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)</td></tr> <tr><td></td><td>Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)</td></tr> <tr><td></td><td>Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)</td></tr> </table> <p>Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5) _____</p> <hr/>			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)																
	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)																										
<b>III Kostenschätzung</b> 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.																											
<b>a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</b> Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> <tr><td><b>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</b></td></tr> <tr><td>Ort _____</td></tr> <tr><td>Datum _____</td></tr> </table>	♀	♂	Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♂	♀	♂	♀	♂	<b>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</b>	Ort _____	Datum _____	<b>b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</b> Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> <tr><td>Medikamentenkosten (Euro)</td></tr> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td></tr> <tr><td>♀</td></tr> <tr><td>♂</td></tr> <tr><td><b>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b></td></tr> <tr><td>Ort _____</td></tr> <tr><td>Datum _____</td></tr> </table>	♀	♂	Summe Ärztliche Behandlung (Euro)	♂	♀	♂	Medikamentenkosten (Euro)	♀	♂	Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)	♀	♂	<b>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b>	Ort _____	Datum _____
♀																											
♂																											
Summe Ärztliche Behandlung (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 _____																											
<b>IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)</b> 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 Spontanzyklus 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.																											
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigung</b> </div> <p>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpaxis erzeugt.          Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Der Behandlungs-/Kostenplan wird für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt</b> (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;">   <small>Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</small> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <p>Der Behandlungs-/Kostenplan wird für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt</b> (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;">   <small>Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</small> </div> </div> <p style="text-align: center;">KBV-PRF NR. _____ Muster 70b/E (10.2014)</p>																											

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 Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

**2.70A.5** unbesetzt

**2.70A.6** unbesetzt

## 2.70.A.7 Muster 70Aa/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>Folge-Behandlungsplan</b></p> <p style="text-align: right;"><b>70A</b></p> <p>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</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> <p>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)</p> <hr/> <p><b>III Kostenschätzung</b> 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> <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 style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></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</b> für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ort _____</td> <td>Datum _____</td> </tr> </table> <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 style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></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</b> pro Zyklusfall (Euro)</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <hr/> <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, erhält 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> <p><b>Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt</b></p> <p>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpaxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p>Der Behandlungs-/Kostenplan wird für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt</b> (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> <p style="text-align: right;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</p> <p>Der Behandlungs-/Kostenplan wird für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt</b> (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> <p style="text-align: right;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</p> <p style="text-align: center;">KBV-PRF NR. _____ Muster 70Aa/E (10.2014)</p>			Summe Ärztliche Behandlung (Euro)		Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)		<b>Gesamtsumme</b> für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)		Ort _____	Datum _____			Summe Ärztliche Behandlung (Euro)		Medikamentenkosten (Euro)		Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)		<b>Gesamtsumme</b> pro Zyklusfall (Euro)	
																					
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)																					
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)																					
<b>Gesamtsumme</b> für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)																					
Ort _____	Datum _____																				
																					
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)																					
Medikamentenkosten (Euro)																					
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)																					
<b>Gesamtsumme</b> pro Zyklusfall (Euro)																					

Original: DIN A4 hoch

## 2.70.A.8 Muster 70Ab/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>Folge-Behandlungsplan</b></p> <p style="text-align: right;"><b>70A</b></p> <p>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</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> <p>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)</p> <hr/> <p><b>III Kostenschätzung</b> 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> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"><b>a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</b></td> <td style="width: 5%;"><b>b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</td> </tr> <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>Ort _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Datum _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b></td> <td></td> </tr> </table> <hr/> <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, erhält 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> <p><b>Ausfertigung für die Kassenärztliche Vereinigung</b></p> <p>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpaxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p><b>Der Behandlungs-/Kostenplan wird</b> für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt</b> (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> <p style="text-align: right;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</p> <p><b>Der Behandlungs-/Kostenplan wird</b> für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt</b> (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> <p style="text-align: right;">Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</p> <p>KBV-PRF NR. _____ Muster 70Ab/E (10.2014)</p>	<b>a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</b>	<b>b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</b>	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>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b>	
<b>a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</b>	<b>b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</b>																								
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>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</b>																									

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.