Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

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

28

Diagnose
(ICD-10-Code)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt) T T M M J J

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 T T M M J J

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
T T M M J J	
T T M M J J	
T T M M J J	
T T M M J J	
T T M M J J	

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!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum T T M M J J

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers

Nr. 30280 • www.praxisformulare.de • Ohm Print Consulting GmbH • Freisenbergstr. 21 • 58513 Lüdenscheid