



## Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Begründung bei Ablehnung

---

---

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

## Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Behandlungsabbruch am 

Datum					
T	T	M	M	J	J

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

---

---

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

2.18.7 Muster 18.1/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%;"><small>Geb. pf.</small></td> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td><small>Geb. bei</small></td> <td colspan="2" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td><small>Unfall Kostenträger</small></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><small>BVG</small></td> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			<small>Geb. pf.</small>	Name, Vorname des Versicherten		<small>Geb. bei</small>	geb. am		<small>Unfall Kostenträger</small>			<small>BVG</small>	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.			Status		Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.			Datum	<div style="text-align: right;"> <h3>Heilmittelverordnung 18</h3> <p>Maßnahmen der Ergotherapie/ Ernährungstherapie</p> <p style="font-size: small;">IK des Leistungserbringers</p> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Gesamt-Zuzahlung</td> <td style="width: 50%;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td>Faktor</td> </tr> <tr> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td>Faktor</td> </tr> <tr> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td>Faktor</td> </tr> <tr> <td>Wegegeld-/Pauschale</td> <td>Faktor</td> </tr> <tr> <td></td> <td>km</td> </tr> <tr> <td>Hausbesuch</td> <td>Faktor</td> </tr> <tr> <td>Hausbesuch</td> <td>Faktor</td> </tr> <tr> <td>Rechnungsnummer</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Belegnummer</td> <td></td> </tr> </table>	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Wegegeld-/Pauschale	Faktor		km	Hausbesuch	Faktor	Hausbesuch	Faktor	Rechnungsnummer		Belegnummer	
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																													
<small>Geb. pf.</small>	Name, Vorname des Versicherten																																												
<small>Geb. bei</small>	geb. am																																												
<small>Unfall Kostenträger</small>																																													
<small>BVG</small>	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.																																											
		Status																																											
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.																																											
		Datum																																											
Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto																																												
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor																																												
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor																																												
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor																																												
Wegegeld-/Pauschale	Faktor																																												
	km																																												
Hausbesuch	Faktor																																												
Hausbesuch	Faktor																																												
Rechnungsnummer																																													
Belegnummer																																													
<p><b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Erstverordnung                <input type="checkbox"/> Folgeverordnung                <input type="checkbox"/> Gruppentherapie         </p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Behandlungsbeginn spätestens am</p> <p> <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles         </p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Hausbesuch</b></td> <td style="width: 50%;"><b>Therapiebericht</b></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein             </td> <td> <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein             </td> </tr> </table>		<b>Hausbesuch</b>	<b>Therapiebericht</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																								
<b>Hausbesuch</b>	<b>Therapiebericht</b>																																												
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																												
<p><b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; text-align: center;">Verordnungsmenge</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Anzahl pro Woche</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>		Verordnungsmenge	Anzahl pro Woche																																										
Verordnungsmenge	Anzahl pro Woche																																												
<p>Indikationsschlüssel    <b>Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde</b></p> <p>ICD-10 - Code</p> <p>ICD-10 - Code</p> <p><b>Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten</b></p> <p>Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele</p> <p><b>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)</b></p>																																													
<p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>																																													
<p>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>																																													
<p>KBV-PRF-NR. Muster 18.1/E (1.2018)</p>																																													

Original: DIN A5 hoch

2.18.8 Muster 18.2/E

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

**Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles**

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.
  Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum \_\_\_\_\_

Begründung bei Ablehnung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

**Empfangsbestätigung durch den Versicherten**

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Behandlungsabbruch am \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
KBV-PRF NR. Muster 18.2/E (1.2018)

Original: DIN A5 hoch