Diese Ausfertigung ist vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!

Ausfertigung für die Krankenkasse

asse bzw. Koster	nträger		Verordnung bei Uberweisung zur 20 Indikationsstellung für Soziotheranie
rname des Versio	cherten	geb. am	Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten
gerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Diagnose (ICD-10-Code)
tätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Erkrankung besteht seit (falls bekannt)
		wird	wird ist nicht
Krankenh	ausbehandlung	vermieden	verkürzt ausführbar
Mit dem Z Facharzt/ Leistungs		sicherzustellen, zie	an einen verordnungsberechtigten he ich folgenden soziotherapeutischen
Straße			
PLZ	Ort		
	Ausstellen dieses Vo ungsfähig.	rdrucks ist die Nr.	
			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arzte
Abrechnu	istungserbringers ung des soziotheral Leistungen wurden Leistung	erbracht	ingserbringers
TIV	MH	1	
TITIN			
TIN	IMJJ		
	ngen zur Abrechnu		ngen persönlich erbracht habe und bitte
um Überv	veisung des vertragli	ich vereinbarten Be	etrages auf folgendes Konto
Kontoinha	aber		
IBAN			
BIC		Geldins	stitut

maximal 5 Therapieeinheiten Diagnose (ICD-10-Code) Erkrankung besteht seit (falls bekannt) Krankenhausbehandlung wird vermieden wird 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. Vertragsarztsempel (Unterschrift des Junterschrift des Junterschr	asse bzw. Kostenträger		Verordnung bei Uberweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie
Diagnose (IcD-10-Code) Erkrankung besteht seit (falls bekannt) Erkrankung besteht seit (falls bekannt) Erkrankung des Arztes Mit dem Ziel, die Uberweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden soziotherapeutischen Leistungserbringer inizu Name des soziotherapeutischen Leistungserbringers Straße PIZ Ort Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM Datum Derechnungsfähig. Soziotherapeutischer Leistungserbringer Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V-geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmig der zuständigen Krankenkasse vorliegt. IK des Leistungserbringers Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers Folgende Leistungen wurden erbigacht Datum Deitung Datum Deitungsgenehmig der zuständigen Krankenkasse vorliegt. Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers Folgende Leistungen wurden erbigacht Datum Deitung des der die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto	name des Versicherten	geb. am	Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten
Erkrankung besteht seit (falls bekannt) Krankenhausbehandlung wird vermieden wird 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 Datum Datum Det Vertragsanzbernpelt Unterschott des J. Soziotherapeutischer Leistungserbringer Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmig der zuständigen Krankenkasse vorliegt. IK des Leistungserbringers Folgende Leistungen wurden erbracht Datum Diestung Datum Diestung Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto	erkennung Versicherten-Nr.	Status	
Krankenhausbehandlung wird wermieden wird 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 Ott Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM Datum Derechnungsfähig. Soziotherapeutischer Leistungserbringer Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmig der zuständigen Krankenkasse vorliegt. IK des Leistungserbringers Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers Folgende Leistungen wurden erbracht Datum Deletung The Leitung Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto	ätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum	Erkrankung besteht seit (falls bekannt)
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. Soziotherapeutischer Leistungserbringer Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmig der zuständigen Krankenkasse vorliegt. IK des Leistungserbringers Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers Folgende Leistungn wurden erbracht Datum Listung Listung Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto	Krankonhaushahandlung		
Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM Datum Vertragsarztsempel Unterschrift des. Soziotherapeutischer Leistungserbringer Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmig der zuständigen Krankenkasse vorliegt. IK des Leistungserbringers Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers Folgende Leistungen wurden erbracht Datum Lastung Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto	Mit dem Ziel, die Überweisur Facharzt/Psychotherapeuten Leistungserbringer hinzu	sicherzustellen, zie	
Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig. Soziotherapeutischer Leistungserbringer Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V-geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmig 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	The second secon		
Soziotherapeutischer Leistungserbringer Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmig der zuständigen Krankenkasse vorliegt. IK des Leistungserbringers Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers Folgende Leistungen wurden erbracht Datum Laistung Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto	PLZ Ort		
Soziotherapeutischer Leistungserbringer Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmig 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		ordrucks ist die Nr.	30800 EBM
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto	Datum Leistun		
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto	TIMM	1	
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto	TIMMIT		
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto	T T M M J J	una	
Kontoinhaber	Ich versichere, dass ich die a	aufgeführten Leistur	ngen persönlich erbracht habe und bitte etrages auf folgendes Konto
	Kontoinhaber		
	BIC	Geldins	stitut

Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers