

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V

Diagnose (ICD-10)
-------------------

Schweregrad (lt. GAF-SKALA)	Die Erkrankung besteht seit
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen	T   T   M   M   J   J
Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren	

Anschrift und Telefonnummer des Versicherten Straße	Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt?
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Wenn ja, für welche Angelegenheiten?
PLZ	Ort
Telefonnummer	

Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen	Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers
Name	Name
Straße	Straße
PLZ	PLZ
Ort	Ort
Telefonnummer	Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung)	Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten	Beantragte Zahl der Therapieeinheiten
	Voraussichtliche Dauer der Therapie	Bereits durchgeführte Leistungen

Prognose
----------

Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> wird vermieden	<input type="checkbox"/> wird verkürzt	<input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar
Begründung			
Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt			

Original bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen

Ort und Datum
---------------

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
---