

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

**der GKV-Spitzenverband**  
**(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)**, K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

**Artikel 1**  
**8. Änderung**  
**der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-**  
**Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertrags-**  
**ärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014**  
**(Anlage 2a BMV-Ä)**

1. In der Übersicht in Kapitel 1.4 werden die Einträge zu Muster 26/E und 28/E wie folgt geändert:

„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 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
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“

1. Die Nummern 2.26 sowie 2.26.5 bis 2.26.7 werden wie folgt geändert:

**„2.26 Muster 26: Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V (Stand: 10.2017)**

2.26.5 Muster 26a/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</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">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	<div style="text-align: right;"><b>26</b></div> <p><b>Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V</b></p> <p>Diagnose (ICD-10-Code) _____</p> <p>Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p> <p>Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i></p> <p>Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Angaben des Versicherten</b></td> <td style="width: 50%;"><b>Angaben des nächsten Angehörigen</b></td> </tr> <tr> <td>Straße _____</td> <td>Name _____</td> </tr> <tr> <td>PLZ _____ Ort _____</td> <td>Straße _____</td> </tr> <tr> <td>Telefonnummer _____</td> <td>PLZ _____ Ort _____</td> </tr> <tr> <td>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</td> <td>Telefonnummer _____</td> </tr> </table> <p><b>Angaben zum Betreuer</b></p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten? _____</p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____</td> <td>Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____</td> </tr> <tr> <td>Voraussichtliche Dauer der Therapie _____</td> <td>Bereits durchgeführte Leistungen _____</td> </tr> </table> <p>Prognose</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>Begründung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!</b></p> <p>Für das Ausstellen der <i>Erst</i>verordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der <i>Folge</i>verordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.</p> <p><b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b> _____ Datum _____</p> <p style="font-size: small;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>	<b>Angaben des Versicherten</b>	<b>Angaben des nächsten Angehörigen</b>	Straße _____	Name _____	PLZ _____ Ort _____	Straße _____	Telefonnummer _____	PLZ _____ Ort _____	Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____	Telefonnummer _____	Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____	Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____	Voraussichtliche Dauer der Therapie _____	Bereits durchgeführte Leistungen _____
Krankenkasse bzw. Kostenträger																														
Name, Vorname des Versicherten																														
		geb. am																												
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																												
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																												
<b>Angaben des Versicherten</b>	<b>Angaben des nächsten Angehörigen</b>																													
Straße _____	Name _____																													
PLZ _____ Ort _____	Straße _____																													
Telefonnummer _____	PLZ _____ Ort _____																													
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____	Telefonnummer _____																													
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____	Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____																													
Voraussichtliche Dauer der Therapie _____	Bereits durchgeführte Leistungen _____																													

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
 KBV-PRF NR.  
 Muster 26a/E (10.2017)

Original DIN A4 hoch<sup>4</sup>

2.26.6 Muster 26b/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</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">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	<h2 style="text-align: center;">Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V</h2> <p style="text-align: right; font-weight: bold;">26</p> <p>Diagnose (ICD-10-Code) _____</p> <p>Schweregrad (lt. GAF-SKALA) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p> <p>Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i></p> <p>Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Angaben des Versicherten</b></td> <td style="width: 50%;"><b>Angaben des nächsten Angehörigen</b></td> </tr> <tr> <td>Straße _____</td> <td>Name _____</td> </tr> <tr> <td>PLZ _____ Ort _____</td> <td>Straße _____</td> </tr> <tr> <td>Telefonnummer _____</td> <td>PLZ _____ Ort _____</td> </tr> <tr> <td>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</td> <td>Telefonnummer _____</td> </tr> </table> <p><b>Angaben zum Betreuer</b></p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten? _____</p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____</td> <td style="width: 50%;">Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____</td> </tr> <tr> <td>Voraussichtliche Dauer der Therapie _____</td> <td>Bereits durchgeführte Leistungen _____</td> </tr> </table> <p>Prognose</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>Begründung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Für das Ausstellen der <i>Ers</i>verordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der <i>Folge</i>verordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.</p> </div> <p style="text-align: right;">Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px 0;"> <p><b>Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer</b></p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 5px auto; text-align: center; vertical-align: bottom; font-size: small;"> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> </div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 10px;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <p style="font-size: x-small; text-align: right;">KBV-PRF.NR Muster 26b/E (10.2017)</p>	<b>Angaben des Versicherten</b>	<b>Angaben des nächsten Angehörigen</b>	Straße _____	Name _____	PLZ _____ Ort _____	Straße _____	Telefonnummer _____	PLZ _____ Ort _____	Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____	Telefonnummer _____	Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____	Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____	Voraussichtliche Dauer der Therapie _____	Bereits durchgeführte Leistungen _____
Krankenkasse bzw. Kostenträger																														
Name, Vorname des Versicherten																														
		geb. am																												
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																												
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																												
<b>Angaben des Versicherten</b>	<b>Angaben des nächsten Angehörigen</b>																													
Straße _____	Name _____																													
PLZ _____ Ort _____	Straße _____																													
Telefonnummer _____	PLZ _____ Ort _____																													
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____	Telefonnummer _____																													
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____	Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____																													
Voraussichtliche Dauer der Therapie _____	Bereits durchgeführte Leistungen _____																													

Original DIN A4 hoch\*

2.26.7 Muster 26c/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</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">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	<h2 style="margin: 0;">Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V</h2> <p style="text-align: right; font-weight: bold; margin: 0;">26</p> <p>Diagnose <i>(ICD-10-Code)</i> _____</p> <p>Schweregrad <i>(lt. GAF-SKALA)</i> _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p> <p>Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i></p> <p>Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>Angaben des Versicherten</b></p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>Angaben des nächsten Angehörigen</b></p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> </td> </tr> </table> <p><b>Angaben zum Betreuer</b></p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Name _____</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten? _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>	<p><b>Angaben des Versicherten</b></p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</p>	<p><b>Angaben des nächsten Angehörigen</b></p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																		
Name, Vorname des Versicherten																		
		geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																
<p><b>Angaben des Versicherten</b></p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) _____</p>	<p><b>Angaben des nächsten Angehörigen</b></p> <p>Name _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>																	
<p>Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Voraussichtliche Dauer der Therapie _____</p> <p>Prognose</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten _____</p> <p>Bereits durchgeführte Leistungen _____</p>																	
<p>Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>Begründung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																		
<p><i>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Für das Ausstellen der <i>Erstverordnung</i> ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der <i>Folgeverordnung</i> ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.</p> </div> <p style="text-align: right;">Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; width: fit-content;"> <p><b>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</b></p> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>		<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">KBV-PRF NR. Muster 26c/E (10.2017)</p>																

Original DIN A4 hoch

2. Die Nummern 2.28 sowie 2.28.5 bis 2.28.7 werden wie folgt geändert:

**„2.28 Muster 28: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten (Stand: 10.2017)<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Das Inhaltsverzeichnis ändert sich entsprechend.

2.28.5 Muster 28a/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">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	<h2 style="margin: 0;">Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten</h2> <p style="text-align: right; font-weight: bold; margin: 0;">28</p> <p>Diagnose (ICD-10-Code) _____</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____</p> <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</p> <p>Name des soziotherapeutischen Leistungserbringers _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p style="text-align: right;">Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">             Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.         </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: auto; margin-top: 10px;">             Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes         </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Datum</th> <th>Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </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>		Datum	Leistung	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: auto;">             Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers         </div>	
Datum	Leistung												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
<p><i>Diese Ausfertigung ist vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>		<p>Datum _____</p> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">KBV-PRF NR. Muster 28a/E(10.2017)</p>											

Original DIN A4 hoch

2.28.6 Muster 28b/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</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">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	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">28</div> <p><b>Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie 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>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 ordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu          Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.</p> <p style="margin-left: 20px;">Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: 100px; text-align: center; vertical-align: middle;">             Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes         </div> <p><b>Psychotherapeutischer 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 psychotherapeutischen Leistungserbringers</b>          Folgende Leistungen wurden erbracht</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Datum</th> <th>Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </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 style="text-align: right;">Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 200px;">Ausfertigung für den psychotherapeutischen Leistungserbringer</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: 100px; text-align: center; vertical-align: middle;">             Stempel und Unterschrift des psychotherapeutischen Leistungserbringers         </div> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px;">             Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.              Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.         </p> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px; text-align: right;">             KBV-PRF-NR.              Muster 28b/E(10.2017)         </p>	Datum	Leistung	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Krankenkasse bzw. Kostenträger																										
Name, Vorname des Versicherten																										
		geb. am																								
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																								
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																								
Datum	Leistung																									
_____	_____																									
_____	_____																									
_____	_____																									
_____	_____																									

*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</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">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	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">28</div> <p><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>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</p> <p>Name des soziotherapeutischen Leistungserbringers _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p style="text-align: right;">Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">             Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.         </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: auto; margin-right: auto;">             Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes         </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Datum</th> <th>Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>		Datum	Leistung	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____					
Datum	Leistung															
_____	_____															
_____	_____															
_____	_____															
_____	_____															
<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 style="text-align: right;">Datum _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <b>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</b> </div> <p style="font-size: 0.8em;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: auto; margin-right: auto;">             Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers         </div> <p style="font-size: 0.8em; text-align: right;">KBV-PRF NR. Muster 28c/E(10.2017)</p>																

Original DIN A4 hoch

**Artikel 2**  
**Inkrafttreten**

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.10.2017 in Kraft.

Berlin, den 24.07.2017

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin