

# Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V

(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IK des Leistungserbringers										
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

---



---



---

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen		
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum

**Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum Unterschrift des Therapeuten

Datum Unterschrift des Patienten