

AOK	LKK	BKK	IKK	vdek	Knappschaft	See-KK
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		

Bewilligungs- und Abrechnungsvordruck für ambulante Rehabilitation

Anlage 2

IK des Leistungserbringer	
Gesamt-Zuzahlung	
Gesamt-Brutto	
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
Rechnungs-Nummer	
Beleg-Nummer	

auszufüllen von der Reha-Einrichtung

Name und Anschrift des Rehabilitationszentrums

Ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Genehmigung der ambulanten Rehabilitation durch den Kostenträger - Erstantrag / Verlängerung (*)

Die verordnete Therapiemaßnahme wird im Rahmen des bestehenden Vertrages

- genehmigt als ambulante Rehabilitation für Therapietage
- im Rahmen der ambulanten Anschlussrehabilitation für Therapietage
- Zuzahlung für die gesamte Dauer
- für die ersten Tage
- keine Zuzahlung
- nicht genehmigt - Gründe:
- die Rehabilitation ist an 5 -6 Tagen pro Woche durchzuführen
- die Rehabilitationsmaßnahme ist spätestens innerhalb von Wochen nach Behandlungsbeginn zu beenden

Die Kostenübernahme verliert ihre Gültigkeit, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 10 Arbeitstagen nach der Genehmigung begonnen wird.

(vollständig auszufüllen durch die Krankenkasse)

() unzutreffendes bitte streichen*

Für kasseninterne Zwecke:

Art der Indikation gemäß ICD-Schlüssel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

bei Unfällen: Unfalltag:

Ersatzart

EFB-Nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sachbearbeiter:.....

Telefon:.....

Fax:.....

(Datum)

(Unterschrift/Stempel der Krankenkasse)