

Dokumente zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitation am Beispiel der COPD

Internetformular der deutschen Rentenversicherung

- Die Formulare der Rentenversicherung zur Beantragung einer Rehabilitation finden Sie hier:
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/Formularpaket_e/01_versicherte/reha/DRV_Paket_Rehabilitation_Med_Rehabilitation.html
- Ausfüllhilfen hierzu finden Sie hier:
https://www.rehainfo-aerzte.de/de/Inhalt/20_Aerztliche_Aufgabe/01_vor_der_Reha/04_Befundbericht_erstellen/befundbericht_ausfuellhinweise_reha.html?nn=520816
- Die online Antragstellung für die Versicherten finden Sie hier:
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Antragstellung/reha-antragstellung_node.html#
- die Formulare G0100, G0110 und G0015 sind vom Patienten selbst auszufüllen!
- lediglich der Befundbericht S0051 ist vom Arzt auszufüllen
- mit Formular S0050 kann ein Honorar zur Erstellung des Befundberichtes abgerechnet werden
- einen ausgefüllten Musterbefundbericht S0051 finden Sie auf den folgenden Folien

Internetformular der deutschen Rentenversicherung

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

falls vorhanden eintragen

**Deutsche
Rentenversicherung**

Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung

zum Antrag auf

S0051

- ☒ Leistungen zur Teilhabe (Antrag auf medizinische oder berufliche Rehabilitation). Bei onkologischer Erkrankung bitte zusätzlich das Formular S0052 – Zusatzbogen onkologische Rehabilitation ausfüllen.
- ☐ Erwerbsminderungsrente
- ☐

Informationsseite für niedergelassene Ärzte: <https://www.rehainfo-aerzte.de>

Name, Vorname der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird		Geburtsdatum	
Muster, Maxi			
Patientin / Patient (Name, Vorname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		

1 Behandlung

Die Patientin / Der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit dem _____.

Letzter Kontakt am _____

Kontakte bestehen ☐ wöchentlich ☐ 14-tägig ☐ monatlich ☐ seltener

Der Antrag erfolgte auf meine Anregung? ☐ nein ☒ ja

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die Diagnoseschlüssel nach ICD-10 anzugeben.

2	Antragsbegründende Diagnosen nach Relevanz	ICD-10				
1.	COPD Grad 3	J	4	4	9	
2.	Arterielle Hypertonie	I	1	0	0	
3.						
4.						

Internetformular der deutschen Rentenversicherung

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Antragsrelevante Anamnese, einschließlich Krankenhausaufenthalte und Berichte von anderen Fachärzten (bitte in Kopie beifügen) COPD seit ca. 3 Jahren bekannt. Seitdem 3 Exazerbationen ambulant mit Steroidstoß behandelt. Aktuell deutliche Verschlechterung der Belastbarkeit durch Luftnot/Belastungsdyspnoe. Daher auch arbeitsunfähig.
4 Daraus resultierende Funktionseinschränkungen in Beruf und im Alltag, was ist krankheitsbedingt nicht mehr möglich? Minderung der Belastbarkeit in Beruf und Alltag durch Luftnot, Weg vom Parkplatz zur Arbeitsstätte derzeit nicht bewältigbar.

→ Einschränkungen sollten erkennbar sein

5 Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivitäten / Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	Keine Angabe möglich
Lernen und Wissensanwendung (zum Beispiel Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	☒	☐	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (zum Beispiel tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	☐	☒	☐	☐	☐
Kommunikation (zum Beispiel Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	☒	☐	☐	☐	☐
Mobilität (zum Beispiel Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl beziehungsweise Rollstuhl, Treppensteigen)	☐	☒	☐	☐	☐
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	☒	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (zum Beispiel Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☒	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (zum Beispiel Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☒	☐	☐	☐	☐

Internetformular der deutschen Rentenversicherung

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	Keine Angabe möglich
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (zum Beispiel wirtschaftliche Eigenständigkeit)	☐	☒	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung (zum Beispiel sich beschäftigen können)	☒	☐	☐	☐	☐

6 Bisherige und aktuelle Therapie (inklusive Hilfsmittel)
 medikamentöse Therapie
 Physiotherapie, Atemphysiotherapiegerät
 VRP1 Atemphysiotherapiegerät

7 Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychopathologischer Befund)
 Soweit vorhanden eintragen

Körpergröße: _____ cm
 Körpergewicht: _____ kg

8 Wichtige antragsrelevante medizinisch-technische Befunde (bitte in Kopie beifügen)
 ggf. beifügen

9 Beschreibung der Lebensumstände (Kontextfaktoren)
 (zum Beispiel allein / mit Familien lebend, in Alteinrichtung / Pflegeeinrichtung lebend, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung / Unterstützungsbedarf, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

mit Ehepartner*in lebend, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben, z.B. im Haushalt, beim Einkaufen durch Leistungsminderung und Erschöpfung

10 Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☒ Bewegungsmangel	☐ Übergewicht	☐ Untergewicht	☐ Alkohol
☐ Drogen	☐ Medikamente	☐ Nikotin	☐ Sonstiges

Internetformular der deutschen Rentenversicherung

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

11 Sonstige Angaben

Die Patientin / der Patient ist derzeit durch mich arbeitsunfähig geschrieben.

☐ nein

☐ ja, seit _____ wegen _____

Befundänderung in den letzten 12 Monaten

☐ nein

☐ ja ☐ Besserung seit _____ ☒ Verschlechterung seit _____

Verständigung ist in deutscher Sprache möglich

☐ nein Wenn nein, in welcher Sprache? _____

☐ ja

Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel besteht.

☐ nein

☐ ja ☐ mit Begleitung

Besserung der Leistungsfähigkeit ist möglich.

☐ nein

☐ ja

☐ kann ich nicht beurteilen

Belastbarkeit für eine Rehabilitation besteht.

☐ nein

☒ ja

12 Bemerkungen:

→ ggf. Begründung für ambulante oder stationäre Reha

Rückruf erbeten unter: _____

Unterschrift, Datum, Stempel, Berufsbezeichnung, gegebenenfalls mit Facharztbezeichnung

Formular 61 der Kassenärztliche Bundesvereinigung: KBV

- Muster zu Formular 61 inklusive Ausfüllhilfen finden Sie hier: <https://www.kbv.de/html/21431.php>
- Teil A zur Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträger/Kostenträgers. Mit nur einem Kreuz kann die Prüfung veranlasst werden.
- Für die Verordnung der Rehabilitation/den Rehabilitationsantrag sind die Teile B-E auszufüllen.
- einen ausgefüllten Musterantrag finden Sie auf den folgenden Folien

Formular 61 Teil A - v.a. zur Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Krankenkasse bzw. Kostenträger			61 Teil A	
Name, Vorname des Versicherten Muster, Maxi			geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse
Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.
Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-E ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *	
1. COPD Grad 3	J 44.9		* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft) 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall 2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen) 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. MSG)
2.			
3.			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. Arterielle Hypertonie	I 10.0		
5.			
6.			

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

selten ☐ **Beratung der/des Versicherten**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.
 Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Versorgung in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

häufiger ☐ **Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.
 Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen

Datum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐ Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)

☐ Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

☐ Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Formular 61 Teil B-E – Verordnung der medizinischen Rehabilitation

Krankenkasse bzw. Kostenträger Muster, Maxi Name, Vorname des Versicherten gib an Kostenrückzahlung: _____ Versicherten-Nr.: _____ Risiko: _____ Behandlungs-Nr.: _____ Arzt-Nr.: _____ Datum: _____	Verordnung von medizinischer Rehabilitation 61 Teil B Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend ☒ Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbstätigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit Bei gleichrangiger Zuständigkeit (z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner) ☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV
---	--

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. COPD Grad 3	J 44.9	
2. _____		
3. _____		

B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
4. Arterielle Hypertonie	I 10.0	
5. _____		
6. _____		

* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall

2 = Berufskrankheit

3 = Schädigungsfolge durch Einwirkung Dritter (z. B. Unfallfolgen)

4 = Folgen von Kriegs-, Zivi- oder Wehrdienst

5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. MSG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

COPD seit ca. 3 Jahren bekannt. Seitdem 3 Exazerbationen ambulant mit Steroidstoß behandelt. Aktuelle deutliche Verschlechterung der Belastbarkeit durch Luftnot, Belastungsdyspnoe.

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)

Zunehmende Minderung von Selbstständigkeit und Teilhabe durch Luftnot mit Verkürzung der Gehstrecke auf 300 m

C. Bei geriatrischer Rehabilitation mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität				Kognition		Schmerz	Herz-/Lungenfunktion	
TUG	sek + Chair Rise	sek	MMST	/ 30	Schmerzskala	/ 10	Ergometrie	Watt
Handkraft	kg oder	kpa	GDS 15	/ 15			FEV1	% + VK %
DEMMI	/ 100 Tinetti	/ 28	Uhrentest	/ 7			NYHA-Stadium	

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationsport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

Medikamentöse Therapie

!!! Physiotherapie, Atemphysiotherapie

☒ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☒ ja, welche? VRP1 Atemphysiotherapiegerät

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil B (7.2022)

Formular 61 Teil B-E – Verordnung der medizinischen Rehabilitation

Name, Vorname des Versicherten Muster, Maxi	Kassenärztliche Vereinigung	Versicherten-Nr.	61 Teil C
---	-----------------------------	------------------	------------------

F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	☒	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	☐	☒	☐	☐
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	☒	☐	☐	☐
Mobilität	☐	☐	☐	☐
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	☒	☒	☐	☐
Stehen / Gehen	☐	☒	☐	☐
Treppensteigen	☐	☒	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐
Selbstversorgung	☐	☐	☐	☐
Essen / Trinken	☒	☐	☐	☐
An- / Auskleiden	☐	☒	☐	☐
Waschen	☒	☐	☐	☐
Baden / Duschen	☒	☐	☐	☐
Toilettenbenutzung	☒	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☒	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☐	☒	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	☐	☒	☐	☐
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	☐	☒	☐	☐

G. Lebensumstände/Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren
(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung/-bedarf, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

Mit Ehepartnerin lebend, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagssituationen, z.B. im Haushalt oder beim Einkauf durch Leistungsminderung und Erschöpfung

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☒ Bewegungsmangel
Fehlhaltung BMI ☐ Fehl-/ Mangelernährung ☐ Medikamente ☐ Nikotin

☐ Sonstiges z.B. Suchtmittel

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ☒ ja ☐ nein

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil C (7.2022)

Formular 61 Teil B-E – Verordnung der medizinischen Rehabilitation

Name, Vorname des Versicherten Muster, Maxi	Kassenärztliche Vereinigung	Versicherten-Nr.	61 Teil D
---	-----------------------------	------------------	------------------

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

Verbesserte Teilhabe, Verhinderung von Pflegebedürftigkeit, weniger Luftnot, bessere Belastbarkeit

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

☒ ja ☐ eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivation)

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

☒ ambulant ☐ ambulant-mobil ☐ stationär
☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☐ als Mutter-Kind-Leistung ☐ als Vater-Kind-Leistung

B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z. B. orthopädisch, audiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

pneumologisch ☐ geriatr. Rehabilitation

C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

☐ pflegende/r Angehörige/r ☐ andere

VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist **vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren medizinisch notwendig** aufgrund

ggf. → ☐ neuer Indikation → ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

→ ☐ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig [wenn stationär gewünscht]

→ ☐ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert [wichtig bei ambulanter Reha]

Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich [ggf. Refahardienst bei ambulant]

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft / Rückruf erbeten unter Wunschklinik:

Austerlegung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil D (7.2022)

Formular 61 Teil B-E – Verordnung der medizinischen Rehabilitation

Name, Vorname des Versicherten Muster, Maxi	Kassenärztige Genehmigung	Versicherten-Nr.
---	---------------------------	------------------

61 Teil E

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

A. Erteilte Einwilligungserklärungen

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

☒ ja ☐ nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

☐ ja ☐ nein

Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht
 Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-E) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

B. Angaben der/des Versicherten

Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname

PLZ

| | | | |

Ort

Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ

| | | | |

Ort

Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ

| | | | |

Ort

Straße, Haus-Nr.

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

TTMMJJ

Unterschrift der oder des Versicherten (bzw. gesetzlichen Vertreter, des Betreuers, des Bevollmächtigten)

Muster 61-Teil Ea (7.2022)