

Muster 13.2/E

| | | |
|--------------------------------|------------|------------------|
| Name, Vorname des Versicherten | Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. |
|--------------------------------|------------|------------------|

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.
 Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum

Begründung bei Ablehnung: _____

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!
Empfangsbestätigung durch den Versicherten
 Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben.

| Datum | Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche) | Patienten-Unterschrift |
|-------|---|------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

Behandlungsabbruch am Datum

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung: _____

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. KBV-PRF.NR. Muster 13.2/E (4.2004)

Original: DIN A5 hoch