



## 2.14.6 Muster 14.2/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.

Begründung der Ablehnung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Bitte unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

**Empfangsbestätigung durch den Versicherten**

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Therapieeinheiten erhalten zu haben.

	Datum	Minuten	Unterschrift des Patienten		Datum	Minuten	Unterschrift des Patienten
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

  

Behandlungsabbruch am Datum

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Muster 14.2/E (4.2004)  
 KBV-PRF.NR.

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Original: DIN A4 hoch