

Soziotherapeutischer Betreuungsplan 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
--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum	Unterschrift des Therapeuten
-------	------------------------------

Datum	Unterschrift des Patienten
-------	----------------------------