

# 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

Datum

Unterschrift des Therapeuten

1. Durchschlag zum Verbleib  
beim soziotherapeutischen  
Leistungserbringer

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

Unterschrift des Patienten