

|                                |     |                  |     |        |             |         |
|--------------------------------|-----|------------------|-----|--------|-------------|---------|
| AOK                            | LKK | BKK              | IKK | vdek   | Knappschaft | See-KK  |
| Name, Vorname des Versicherten |     |                  |     |        |             |         |
|                                |     |                  |     |        |             | geb. am |
| Kassen-Nr.                     |     | Versicherten-Nr. |     | Status |             |         |
| Betriebsstätten-Nr.            |     | Arzt-Nr.         |     | Datum  |             |         |

## Bewilligungs- und Abrechnungsvordruck für ambulante Rehabilitation

Anlage 2

|                                      |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|
| IK des Leistungserbringer            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |
| Gesamt-Zuzahlung                     |  |  |  |  |  | Gesamt-Brutto |  |  |  |  |  |
| Heilmittel-Pos.-Nr.                  |  |  |  |  |  | Faktor        |  |  |  |  |  |
| Heilmittel-Pos.-Nr.                  |  |  |  |  |  | Faktor        |  |  |  |  |  |
| Heilmittel-Pos.-Nr.                  |  |  |  |  |  | Faktor        |  |  |  |  |  |
| Rechnungs-Nummer                     |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |
| Beleg-Nummer                         |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |
| auszufüllen von der Reha-Einrichtung |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |

Name und Anschrift des Rehabilitationszentrums

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### Ambulante kardiologische Rehabilitation

#### Genehmigung der ambulanten Rehabilitation durch den Kostenträger - Erstantrag / Verlängerung (\*)

Die verordnete Therapiemaßnahme wird im Rahmen des bestehenden Vertrages

- genehmigt als ambulante Rehabilitation für ..... Therapietage
- im Rahmen der ambulanten Anschlussrehabilitation für ..... Therapietage
- Zuzahlung für die gesamte Dauer
- für die ersten ..... Tage
- keine Zuzahlung
- nicht genehmigt - Gründe: .....
- die Rehabilitation ist an 5 -6 Tagen pro Woche durchzuführen
- die Rehabilitationsmaßnahme ist spätestens innerhalb von ..... Wochen nach Behandlungsbeginn zu beenden

**Die Kostenübernahme verliert ihre Gültigkeit, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 10 Arbeitstagen nach der Genehmigung begonnen wird.**

(vollständig auszufüllen durch die Krankenkasse)

(\*) unzutreffendes bitte streichen

#### Für kasseninterne Zwecke:

Art der Indikation gemäß ICD-Schlüssel

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

bei Unfällen: Unfalltag: .....

Ersatzart

EFB-Nummer

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Sachbearbeiter:.....

Telefon:.....

Fax:.....

(Datum)

(Unterschrift/Stempel der Krankenkasse)

**Dieser Vordruck ist den Abrechnungsunterlagen beizufügen.**