

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	
<i>auszufüllen von der Reha-Einrichtung</i>	

Name und Anschrift des Rehabilitationszentrums

**Indikationen aus dem muskuloskeletalen Bereich**

- 2.1.1 Entzündungs- und stoffwechselbedingte muskuloskeletale Krankheiten
- 2.1.2 Degenerative muskuloskeletale Krankheiten
- 2.1.3 Angeborene Krankheiten durch Fehlbildungen, Fehlstatik oder Dysfunktion der Bewegungsorgane
- 2.1.4 Folgen von Verletzungen der Bewegungsorgane

**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**