

| | | | | | | |
|--------------------------------|-----|------------------|-----|--------|-------------|---------|
| 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 Rehabilitation (indikationsbezogen)

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.

§ 111c SGB V, VV_2016_Anlage 2, Bewilligung