

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 mobile 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobile geriatrische Rehabilitation

Genehmigung der mobilen Rehabilitation durch den Kostenträger - Erstantrag / Verlängerung (*)

Die verordnete Therapiemaßnahme wird im Rahmen des bestehenden Vertrages

- genehmigt als mobile Rehabilitation für Behandlungstage
- im Rahmen der mobilen Anschlussrehabilitation für Behandlungstage
- Zuzahlung für die gesamte Dauer
- für die ersten Tage
- keine Zuzahlung
- nicht genehmigt - Gründe:
- die Rehabilitation ist an bis zu 5 Tagen pro Woche durchzuführen
- die Rehabilitationsmaßnahme ist spätestens innerhalb von Wochen nach Behandlungsbeginn zu beenden

Die Kostenübernahme verliert ihre Gültigkeit, wenn die Behandlung nicht bis zum TT.MM.JJJJ 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_2022_Anlage 2, Bewilligung