

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