

Mitteilungen

Änderungen der Vordruckvereinbarung zum 1. Januar 2002

Nachdem der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf seiner Sitzung am 23. August 2001 die neuen Soziotherapie-Richtlinien beraten und ihr Inkraft-Treten zum 1. Januar 2002 beschlossen hat, wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Vordruckmuster 26 (Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V), Vordruckmuster 27 (Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V) und Vordruckmuster 28 (Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie) neu geschaffen.

Die Vordrucke der Soziotherapie werden im Rahmen der hier vorliegenden „9. Änderung der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. April 1995“ ebenfalls am 1. Januar 2002 in Kraft treten.

Darüber hinaus wurden die Vordruckmuster 39 a–c (Krebsfrüherkennung – Frauen) und 40 a–b (Krebsfrüherkennung – Männer) in die Änderungsvereinbarung aufgenommen. Auf beiden Formularen war bisher das Eintragungsfeld für das Datum der letzten Krebsfrüherkennungsuntersuchung für das Jahrhundert mit „19“ vorbelegt, hier wurde eine allgemeinere Formulierung gewählt, die einen Eintrag sowohl für das vergangene als auch für das neue Jahrhundert zulässt.

Aufgrund des umfangreichen Überarbeitungsbedarfs an den Vordruckmustern 8 (Brillenverordnung), 15 (Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe) und 16 (Arzneiverordnungsblatt) konnten noch keine abschließenden neuen Entwürfe dieser Formulare erstellt werden. Die notwendige Währungsumstellung von „DM“ in „Euro“ wird daher zunächst nur auf dem Vordruckmuster 56

(Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/Funktionstraining) vorgenommen und ebenfalls am 1. Januar 2002 in Kraft treten.

Analog zu den Überarbeitungen der konventionellen Vordrucke wurde ebenfalls die Blankoformularbedruckungsvereinbarung angeglichen, und die Vordruckerläuterungen für die Formulare der Soziotherapie wurden neu erstellt.

Da die konventionellen Formulare wie üblich als Grundlage für die Formulare der Blankoformularbedruckung gedient haben, verzichten wir auf eine zusätzliche Abbildung der konventionellen Formulare und drucken sie nachfolgend im Rahmen der „5. Änderung der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. Januar 1999“ ab.

Bekanntmachungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln, – einerseits – und der AOK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bonn, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R., Essen, der IKK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bergisch

Gladbach, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K.d.ö.R., Kassel, die See-Krankenkasse, K.d.ö.R., Hamburg, und die Bundesknappschaft, K.d.ö.R., Bochum, – andererseits – vereinbaren die nachstehende*

9. Änderung der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung

vom 1. April 1995

1. Im Inhaltsverzeichnis werden die Punkte 2.26, 2.27 und 2.28 wie folgt neu eingefügt:

- 2.26 Muster 26 Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V
- 2.27 Muster 27 Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V
- 2.28 Muster 28 Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie

2. In Abschnitt 2 (Vordruckmuster) werden die Nrn. 2.26 bis 2.26.3, 2.27 bis 2.27.3

* Mit dem VdAK/AEV wurde eine im Wesentlichen inhaltsgleiche Änderungsvereinbarung abgeschlossen.

und 2.28 bis 2.28.3 wie folgt eingefügt und die Nrn. 2.39.4, 2.40 und 2.56 wie folgt geändert:

„2.26 Muster 26: Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V (Stand: 1. 2002)“

2.26.1 Für die Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V ist das beiliegende Muster 26 zu verwenden.

2.26.2 Das Muster 26 besteht aus einem dreiteiligen Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier:

Muster 26 a Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 26 b Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer

Muster 26 c Ausfertigung für den Arzt

2.26.3 Für den Flächendruck des Musters 26 a ist hellblaue Farbe zu verwenden, die Durchschläge 26 b und 26 c erhalten keinen farbigen Flächendruck. Nr. 1.1.5 gilt entsprechend. Der Formularsatz erhält das Format DIN A4 hoch.

2.27 Muster 27: Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V (Stand: 1. 2002) ►

- 2.27.1 Für den soziotherapeutischen Behandlungsplan gem § 37a SGB V ist das beiliegende Muster 27 zu verwenden.
- 2.27.2 Das Muster 27 besteht aus einem dreiteiligen Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier:
Muster 27 a Ausfertigung für die Krankenkasse
Muster 27 b Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer
Muster 27 c Ausfertigung für den Arzt
- 2.27.3 Für den Flächendruck des Musters 27 a ist hellblaue Farbe zu verwenden, die Durchschläge 27 b und 27 c erhalten keinen farbigen Flächendruck. Nr. 1.1.5 gilt entsprechend. Der Formularsatz erhält das Format DIN A4 hoch.
- 2.28 Muster 28: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie (Stand: 1. 2002)**
- 2.28.1 Für die Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie ist das beiliegende Muster 28 zu verwenden.
- 2.28.2 Das Muster 28 besteht aus einem dreiteiligen Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier:
Muster 28 a Ausfertigung für die Krankenkasse
Muster 28 b Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer
Muster 28 c Ausfertigung für den Arzt
- 2.28.3 Für den Flächendruck des Musters 28 a ist hellblaue Farbe zu verwenden, die Durchschläge 28 b und 28 c erhalten keinen farbigen Flächendruck. Nr. 1.1.5 gilt entsprechend. Der Formularsatz erhält das Format DIN A4 hoch.“
- „2.39.4 Muster 39 a bis 39 c: Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen (Stand: 1. 2002)“**
- „2.40 Muster 40 a bis 40b: Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer (Stand: 1. 2002)“**
- „2.56 Muster 56: Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/Funktionstraining (Stand: 1. 2002)“**
3. Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2002 in Kraft. □

Bekanntmachungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln, – einerseits – und der AOK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bonn, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R., Essen, der IKK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bergisch Gladbach, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K.d.ö.R., Kassel, die See-Krankenkasse, K.d.ö.R., Hamburg, die Bundesknappschaft, K.d.ö.R., Bochum, – andererseits – vereinbaren die nachstehende*

5. Änderung der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung

vom 1. Januar 1999

1. Im Inhaltsverzeichnis werden die folgenden Änderungen vorgenommen:

- „2.26 Muster 26/E Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V 91
2.27 Muster 27/E: Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V 95
2.28 Muster 28/E Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie 99“

Die nachfolgenden Passagen des Inhaltsverzeichnisses verschieben sich entsprechend um 12 Seiten.

2. In Abschnitt 1 (Allgemeines) werden die Nrn. 1.1.4 und 1.1.5 neu eingefügt. Sie bekommen folgenden Wortlaut:

- „1.1.4 Die Nutzung der Blankoformularbedruckung ist auch durch die Krankenkassen möglich, sofern dies durch eine zertifizierte Software geschieht.
1.1.5 Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt den Softwarehäusern zeitgleich mit den Informationen

über die Änderungen bestehender Formulare bzw. der Neueinführung von Formularen die entsprechenden Informationen für das Blankoformularbedruckungsverfahren.

Mit der Lizenznahme verpflichtet sich das Softwarehaus zur fristgerechten Umsetzung der aktuellen Blankoformulare.“

Aus den bisherigen Nrn. 1.1.4 bis Nr. 1.1.9 werden die Nrn. 1.1.6 bis 1.1.11. Die Nr. 1.1.12 wird ebenfalls neu eingefügt und bekommt den nachstehenden Wortlaut:

„1.1.12 Das „Technische Handbuch Blankoformularbedruckung“ wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Vertragspartnern erstellt und ständig aktualisiert. Zeitgleich mit den Softwarehäusern werden die Vertragspartner über die vorgenommenen Änderungen unterrichtet.“

Die bisherigen Nrn. 1.1.10 bis 1.1.12 werden zu den neuen Nrn. 1.1.13 bis 1.1.15.

3. Im Abschnitt 1.4 (Übersicht der eingebundenen Formulare:) wird die Übersicht wie folgt ergänzt:

* Mit dem VdAK/AEV wurde eine im Wesentlichen inhaltsgleiche Änderungsvereinbarung abgeschlossen.

... "

Muster 26a/E	Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 26b/E	Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V	Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer	Ja	1
Muster 26c/E	Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V	Ausfertigung für den verordnenden Arzt	Ja	1
Muster 27a/E	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 27b/E	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V	Ausfertigung zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer	Ja	1
Muster 27c/E	Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V	Ausfertigung zum Verbleib beim verordnenden Arzt	Ja	1
Muster 28a/E	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie	Ausfertigung für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 28b/E	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie	Ausfertigung zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer	Ja	1
Muster 28c/E	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie	Ausfertigung zum Verbleib beim verordnenden Arzt	Ja	1

... "

4. In Abschnitt 2 (Vordruck-Muster) werden die Nrn. 2.26 bis 2.26.7, 2.27 bis 2.27.7 sowie 2.28 bis 2.28.7 wie folgt neu eingefügt, die Nrn. 2.39 und 2.39.8–2.39.10 sowie die Nrn. 2.40 und 2.40.8–2.40.9 werden wie folgt geändert:

„2.26 Muster 26/E: Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V (Stand: 1. 2002)

- 2.26.1 Für die Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V sind die Muster 26a/E, 26b/E und 26c/E gemäß der in Kapitel 2.26.5–2.26.7 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.26.2 Die Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V besteht aus drei Formularen:
 Muster 26a/E Ausfertigung für die Krankenkasse
 Muster 26b/E Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer
 Muster 26c/E Ausfertigung für den verordnenden Arzt
- 2.26.3 Die Muster 26a/E bis 26c/E sind auf Sicherheitspapier im DIN-A4-Format hoch zu erstellen.
- 2.26.4 Die Muster 26a/E bis 26c/E werden mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem ‚Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung‘ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.“

„2.27 Muster 27/E: Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V (Stand: 1. 2002)

- 2.27.1 Für die Erstellung des Soziotherapeutischen Betreuungsplanes gemäß § 37a SGB V sind die Muster 27a/E, 27b/E und 27c/E gemäß der in Kapitel 2.27.5–2.27.7 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.27.2 Der Soziotherapeutische Betreuungsplan besteht aus drei Formularen:
 Muster 27a/E Ausfertigung für die Krankenkasse
 Muster 27b/E Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer
 Muster 27c/E Ausfertigung für den verordnenden Arzt
- 2.27.3 Die Muster 27a/E bis 27c/E sind auf Sicherheitspapier im DIN-A4-Format hoch zu erstellen.
- 2.27.4 Die Muster 27a/E bis 27c/E werden mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem ‚Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung‘ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.“

2.26.5 Muster 26a/E

Das Formular 'Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V' (Muster 26a/E) ist ein Vordruck für die Krankenkasse. Es enthält folgende Felder:

- Krankenkasse (Zustellort):** Name, Vorname des Versicherten, geb. am, PLZ, Ort, Telefonnummer.
- Versicherter:** Name, Vorname, geb. am, PLZ, Ort, Telefonnummer.
- Diagnose (ICD-10):** Schweregrad (lt. GAF-SKALA) und Die Erkrankung besteht seit.
- Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen.**
- Art und Dauer der stationären Aufenthalte** wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren.
- Anschrift und Telefonnummer des Versicherten** (Stufe, PLZ, Ort, Telefonnummer).
- Würde ein gesetzlicher Betreuer gestellt?** (Nein/Ja) und **Wenn ja, für welche Angelegenheiten?**
- Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen** (Name, Stufe, PLZ, Ort, Telefonnummer).
- Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers** (Name, Stufe, PLZ, Ort, Telefonnummer).
- Wohnform** (z. B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Etern in Einrichtung).
- Voraussichtliche Anzahl der Therapiesitzungen** und **Voraussichtliche Dauer der Therapie**.
- Beitragte Zahl der Therapiesitzungen** und **Bereits durchgeführte Leistungen**.
- Prognose**
- Krankenhausbehandlung** (wird vermieden, wird verkürzt, ist nicht ausführbar).
- Begründung**
- Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt**
- Original bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen** und **Ort und Datum**.

Original: DIN A4 hoch

2.26.6 Muster 26b/E

Das Formular 'Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V' (Muster 26b/E) ist ein Vordruck für den soziotherapeutischen Leistungserbringer. Es enthält folgende Felder:

- Krankenkasse (Zustellort):** Name, Vorname des Versicherten, geb. am, PLZ, Ort, Telefonnummer.
- Versicherter:** Name, Vorname, geb. am, PLZ, Ort, Telefonnummer.
- Diagnose (ICD-10):** Schweregrad (lt. GAF-SKALA) und Die Erkrankung besteht seit.
- Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen.**
- Art und Dauer der stationären Aufenthalte** wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren.
- Anschrift und Telefonnummer des Versicherten** (Stufe, PLZ, Ort, Telefonnummer).
- Würde ein gesetzlicher Betreuer gestellt?** (Nein/Ja) und **Wenn ja, für welche Angelegenheiten?**
- Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen** (Name, Stufe, PLZ, Ort, Telefonnummer).
- Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers** (Name, Stufe, PLZ, Ort, Telefonnummer).
- Wohnform** (z. B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Etern in Einrichtung).
- Voraussichtliche Anzahl der Therapiesitzungen** und **Voraussichtliche Dauer der Therapie**.
- Beitragte Zahl der Therapiesitzungen** und **Bereits durchgeführte Leistungen**.
- Prognose**
- Krankenhausbehandlung** (wird vermieden, wird verkürzt, ist nicht ausführbar).
- Begründung**
- Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt**
- 1. Durchschlag zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer** und **Ort und Datum**.

Original: DIN A4 hoch

2.26.7 Muster 26c/E

Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Geburtsort
Versicherten-Nr.
Stelle
Vertragsart Nr.
Vr. gültig bis
Datum

Diagnose (ICD-10)

Schweregrad (lt. GAF-SKALA) Die Erkrankung besteht seit

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren

Anschrift und Telefonnummer des Versicherten
PLZ Ort
Telefonnummer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer gestellt? Nein Ja
Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen
Name
Straße
PLZ Ort
Telefonnummer

Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers
Name
Straße
PLZ Ort
Telefonnummer

Wohnform (z. B. alleinehend in eigener Wohnung; Familie/Etern; in Einrichtung)

Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten

Beitragte Zahl der Therapieeinheiten

Voraussichtliche Dauer der Therapie

Bereits durchgeführte Leistungen

Prognose

Krankenhausbearbeitung wird vermieden wird verkürzt ist nicht ausführbar

Begründung

Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist beigelegt

2. Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt Ort und Datum

Vertragserbringender / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdruck in der A4-Größe erstellt. Der Beschriftungsbereich auf dem Formular enthält keine Daten. Muster 27a/E (1.2002) - 1024/10/10/10/10

Original: DIN A4 hoch

2.27.6 Muster 27b/E

Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V
(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Geburtsort
Versicherten-Nr.
Stelle
Vertragsart Nr.
Vr. gültig bis
Datum

IK des Leistungserbringers

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum Datum Unterschrift des Therapeuten

1. Durchschlag zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer Vertragserbringender / Unterschrift des Arztes Datum Unterschrift des Therapeuten

Dieses Formular wurde mittels Laserdruck in der A4-Größe erstellt. Der Beschriftungsbereich auf dem Formular enthält keine Daten. Muster 27b/E (1.2002) - 1024/10/10/10/10

Original: DIN A4 hoch

2.27.5 Muster 27a/E

Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V
(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Geburtsort
Versicherten-Nr.
Stelle
Vertragsart Nr.
Vr. gültig bis
Datum

IK des Leistungserbringers

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum Datum Unterschrift des Therapeuten

Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen Vertragserbringender / Unterschrift des Arztes Datum Unterschrift des Therapeuten

2. Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt Ort und Datum

Dieses Formular wurde mittels Laserdruck in der A4-Größe erstellt. Der Beschriftungsbereich auf dem Formular enthält keine Daten. Muster 27a/E (1.2002) - 1024/10/10/10/10

Original: DIN A4 hoch

2.27.7 Muster 27c/E

Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V
(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Geburtsort
Versicherten-Nr.
Stelle
Vertragsart Nr.
Vr. gültig bis
Datum

IK des Leistungserbringers

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum Datum Unterschrift des Therapeuten

2. Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt Vertragserbringender / Unterschrift des Arztes Datum Unterschrift des Therapeuten

Dieses Formular wurde mittels Laserdruck in der A4-Größe erstellt. Der Beschriftungsbereich auf dem Formular enthält keine Daten. Muster 27c/E (1.2002) - 1024/10/10/10/10

Original: DIN A4 hoch

„2.28 Muster 28/E: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie (Stand: 1. 2002)

- 2.28.1 Für die Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie sind die Muster 28a/E, 28b/E und 28c/E gemäß der in Kapitel 2.28.5–2.28.7 abgebildeten Form zu verwenden.
- 2.28.2 Die Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie besteht aus drei Formularen:
 - Muster 28a/E Ausfertigung für die Krankenkasse
 - Muster 28b/E Ausfertigung für den Soziotherapeutischen Leistungserbringer
 - Muster 28c/E Ausfertigung für den verordnenden Arzt
- 2.28.3 Die Muster 28a/E bis 28c/E sind auf Sicherheitspapier im DIN-A4-Format hoch zu erstellen.
- 2.28.4 Die Muster 28a/E bis 28c/E werden mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem ‚Technischen Handbuch Blankformularbedruckung‘ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.“

2.28.6 Muster 28b/E

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie									
Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am <hr/> Passzahl: Versicherungs-Nr. BLZ Vertrags-Nr. Vertrags bis Datum									
Diagnose (ICD-10) Die Erkrankung besteht seit									
Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar									
Erklärung des Arztes Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu. Datum Vertragsnummer / Unterschrift des Arztes	Soziotherapeutischer Leistungserbringer Name Anschrift								
Soziotherapeutischer Leistungserbringer Erklärung zu den Voraussetzungen der Leistungserbringung Ich erkläre, dass ich die in den Empfehlungen gem. § 132 b Abs. 1 SGB V genannten Anforderungen zur soziotherapeutischen Leistungserbringung erfülle und einen Vertrag gem. § 132 b Abs. 1 SGB V geschlossen habe.									
Abrechnung Folgende Leistungen wurden erbracht <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Datum</th> <th>Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Datum	Leistung						
Datum	Leistung								
Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf das Konto bei der (Kredit)institute (BLZ)									
IK des Leistungserbringers									
1 Durchschlag zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer Ort und Datum Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers									
Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der A4-Format erstellt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 28b/E (1.2002) - 1404/000-001									

Original: DIN A4 hoch

2.28.5 Muster 28a/E

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie									
Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am <hr/> Passzahl: Versicherungs-Nr. BLZ Vertrags-Nr. Vertrags bis Datum									
Diagnose (ICD-10) Die Erkrankung besteht seit									
Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar									
Erklärung des Arztes Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu. Datum Vertragsnummer / Unterschrift des Arztes	Soziotherapeutischer Leistungserbringer Name Anschrift								
Soziotherapeutischer Leistungserbringer Erklärung zu den Voraussetzungen der Leistungserbringung Ich erkläre, dass ich die in den Empfehlungen gem. § 132 b Abs. 1 SGB V genannten Anforderungen zur soziotherapeutischen Leistungserbringung erfülle und einen Vertrag gem. § 132 b Abs. 1 SGB V geschlossen habe.									
Abrechnung Folgende Leistungen wurden erbracht <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Datum</th> <th>Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Datum	Leistung						
Datum	Leistung								
Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf das Konto bei der (Kredit)institute (BLZ)									
IK des Leistungserbringers									
Original bitte vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterleiten Ort und Datum Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers									
Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der A4-Format erstellt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 28a/E (1.2002) - 1404/000-001									

Original: DIN A4 hoch

2.28.7 Muster 28c/E

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie									
Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am <hr/> Passzahl: Versicherungs-Nr. BLZ Vertrags-Nr. Vertrags bis Datum									
Diagnose (ICD-10) Die Erkrankung besteht seit									
Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar									
Erklärung des Arztes Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu. Datum Vertragsnummer / Unterschrift des Arztes	Soziotherapeutischer Leistungserbringer Name Anschrift								
Soziotherapeutischer Leistungserbringer Erklärung zu den Voraussetzungen der Leistungserbringung Ich erkläre, dass ich die in den Empfehlungen gem. § 132 b Abs. 1 SGB V genannten Anforderungen zur soziotherapeutischen Leistungserbringung erfülle und einen Vertrag gem. § 132 b Abs. 1 SGB V geschlossen habe.									
Abrechnung Folgende Leistungen wurden erbracht <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Datum</th> <th>Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Datum	Leistung						
Datum	Leistung								
Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf das Konto bei der (Kredit)institute (BLZ)									
IK des Leistungserbringers									
1 Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt Ort und Datum Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers									
Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der A4-Format erstellt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 28c/E (1.2002) - 1404/000-001									

Original: DIN A4 hoch

„2.39 Muster 39/E: Überweisungsschein zur präventiven zytologischen Untersuchung (Stand: 1. 2002)

2.39.8 Muster 39a/E

Krebsfrüherkennung - Frauen

Zytologischer Befund

Unters.-Nr. _____ Eingangsdatum: _____

Endo-zerfallene Zellen Gruppe IV a

Gruppe III Gruppe IV b

Gruppe II Gruppe V

Gruppe II D Zellmaterial nicht verwertbar

Döderleinflora Mykose Kokkenflora

Trichomonaden Mykose Amnioskopis

Profilationsgrad: _____

Einfrierung: _____

Zytologische Kontrolle: _____

Histologische Klärung: _____

Bemerkungen: _____

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? ja nein Wenn ja: zuletzt im Jahr (monat) eingetragen: _____

Ggf. Nr. des letzten zyt. Bef.: _____ Gruppe: _____

Gyn. Op., Strahlen- oder Chemotherapie des Genitaltraktes: ja nein

welcher? warum? _____

Zahl der Schwangerschaften einsch. Fehlgeburten: _____

Jetzt: _____

Letzte Periode: _____

Gravidität: _____

Path. gyn. Blutungen: _____

z.B. Zwischen den normalen Regeln, Dauer oder Schmerzkarakter im Klimakterium, in der Postmenopause, bei Verkehr, blutig-krümeliger Ausfluss

Sonstiger Ausfluss: _____

IUP: _____

Ovulationshemmer: _____

Sonstige Hormon-Anwendung: _____

weil? warum? _____

Befund

Valva: ja nein

Inspektion auffällig: ja nein

Portio und Vagina: ja nein

Spiegelstellung auffällig: ja nein

Innere Genitale: ja nein

Gyn. Tastbefund auffällig: ja nein

Inguinale Lymphknoten auffällig: ja nein

Bilsh. unabh. behandlungsbed. Nebenbefunde: ja nein

Haut:

Zusatz Wachstum, Verfarbung oder Bildung eines Pigmentflecks oder Knotens ja nein

30. Mamma: ja nein

Inspektion-/Tastbefund auffällig: ja nein

40. Axilläre Lymphknoten auffällig: ja nein

50. Rektum/Kolon: ja nein

Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl ja nein

40. Neu aufgetr. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang ja nein

50. Tastbefund auffällig ja nein

60. Stuhlfest zurückgegeben ja nein

70. Stuhlfest positiv ja nein

Gyn.Diagnose _____

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Original: DIN A4 hoch

2.39.10 Muster 39c/E

Krebsfrüherkennung - Frauen

Zytologischer Befund

Unters.-Nr. _____ Eingangsdatum: _____

Endo-zerfallene Zellen Gruppe IV a

Gruppe III Gruppe IV b

Gruppe II Gruppe V

Gruppe II D Zellmaterial nicht verwertbar

Döderleinflora Mykose Kokkenflora

Trichomonaden Mykose Amnioskopis

Profilationsgrad: _____

Einfrierung: _____

Zytologische Kontrolle: _____

Histologische Klärung: _____

Bemerkungen: _____

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? ja nein Wenn ja: zuletzt im Jahr (monat) eingetragen: _____

Ggf. Nr. des letzten zyt. Bef.: _____ Gruppe: _____

Gyn. Op., Strahlen- oder Chemotherapie des Genitaltraktes: ja nein

welcher? warum? _____

Zahl der Schwangerschaften einsch. Fehlgeburten: _____

Jetzt: _____

Letzte Periode: _____

Gravidität: _____

Path. gyn. Blutungen: _____

z.B. Zwischen den normalen Regeln, Dauer oder Schmerzkarakter im Klimakterium, in der Postmenopause, bei Verkehr, blutig-krümeliger Ausfluss

Sonstiger Ausfluss: _____

IUP: _____

Ovulationshemmer: _____

Sonstige Hormon-Anwendung: _____

weil? warum? _____

Befund

Valva: ja nein

Inspektion auffällig: ja nein

Portio und Vagina: ja nein

Spiegelstellung auffällig: ja nein

Innere Genitale: ja nein

Gyn. Tastbefund auffällig: ja nein

Inguinale Lymphknoten auffällig: ja nein

Bilsh. unabh. behandlungsbed. Nebenbefunde: ja nein

Haut:

Zusatz Wachstum, Verfarbung oder Bildung eines Pigmentflecks oder Knotens ja nein

30. Mamma: ja nein

Inspektion-/Tastbefund auffällig: ja nein

40. Axilläre Lymphknoten auffällig: ja nein

50. Rektum/Kolon: ja nein

Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl ja nein

40. Neu aufgetr. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang ja nein

50. Tastbefund auffällig ja nein

60. Stuhlfest zurückgegeben ja nein

70. Stuhlfest positiv ja nein

Gyn.Diagnose _____

Ausfertigung für den Zytologen

Original: DIN A4 hoch

2.39.9 Muster 39b/E

Krebsfrüherkennung - Frauen

Zytologischer Befund

Unters.-Nr. _____ Eingangsdatum: _____

Endo-zerfallene Zellen Gruppe IV a

Gruppe III Gruppe IV b

Gruppe II Gruppe V

Gruppe II D Zellmaterial nicht verwertbar

Döderleinflora Mykose Kokkenflora

Trichomonaden Mykose Amnioskopis

Profilationsgrad: _____

Einfrierung: _____

Zytologische Kontrolle: _____

Histologische Klärung: _____

Bemerkungen: _____

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? ja nein Wenn ja: zuletzt im Jahr (monat) eingetragen: _____

Ggf. Nr. des letzten zyt. Bef.: _____ Gruppe: _____

Gyn. Op., Strahlen- oder Chemotherapie des Genitaltraktes: ja nein

welcher? warum? _____

Zahl der Schwangerschaften einsch. Fehlgeburten: _____

Jetzt: _____

Letzte Periode: _____

Gravidität: _____

Path. gyn. Blutungen: _____

z.B. Zwischen den normalen Regeln, Dauer oder Schmerzkarakter im Klimakterium, in der Postmenopause, bei Verkehr, blutig-krümeliger Ausfluss

Sonstiger Ausfluss: _____

IUP: _____

Ovulationshemmer: _____

Sonstige Hormon-Anwendung: _____

weil? warum? _____

Befund

Valva: ja nein

Inspektion auffällig: ja nein

Portio und Vagina: ja nein

Spiegelstellung auffällig: ja nein

Innere Genitale: ja nein

Gyn. Tastbefund auffällig: ja nein

Inguinale Lymphknoten auffällig: ja nein

Bilsh. unabh. behandlungsbed. Nebenbefunde: ja nein

Haut:

Zusatz Wachstum, Verfarbung oder Bildung eines Pigmentflecks oder Knotens ja nein

30. Mamma: ja nein

Inspektion-/Tastbefund auffällig: ja nein

40. Axilläre Lymphknoten auffällig: ja nein

50. Rektum/Kolon: ja nein

Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl ja nein

40. Neu aufgetr. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang ja nein

50. Tastbefund auffällig ja nein

60. Stuhlfest zurückgegeben ja nein

70. Stuhlfest positiv ja nein

Gyn.Diagnose _____

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Original: DIN A4 hoch

„2.40 Muster 40/E: Überweisungsschein zur präventiven zytologischen Untersuchung (Stand: 1. 2002)

2.40.8 Muster 40a/E

Original: DIN A4 quer

Krebsfrüherkennung - Männer

Weitere Diagnostik wegen Krebsverdacht erforderlich: ja nein

falls Krebsverdacht: _____

Befund

Außere Genitale: ja nein

Prostata: ja nein

Rektum/Kolon: ja nein

Haut: ja nein

Melanom, sonstiges Malignom der Haut ja nein

RR: ja nein

Lymphknotenbefall ja nein

Grund: ja nein

weil? warum? _____

Befund

Außere Genitale: ja nein

Prostata: ja nein

Rektum/Kolon: ja nein

Haut: ja nein

Melanom, sonstiges Malignom der Haut ja nein

RR: ja nein

Lymphknotenbefall ja nein

Grund: ja nein

weil? warum? _____

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

2.40.9 Muster 40b/E

Original: DIN A4 quer

Krebsfrüherkennung - Männer

Weitere Diagnostik wegen Krebsverdacht erforderlich: ja nein

falls Krebsverdacht: _____

Befund

Außere Genitale: ja nein

Prostata: ja nein

Rektum/Kolon: ja nein

Haut: ja nein

Melanom, sonstiges Malignom der Haut ja nein

RR: ja nein

Lymphknotenbefall ja nein

Grund: ja nein

weil? warum? _____

Befund

Außere Genitale: ja nein

Prostata: ja nein

Rektum/Kolon: ja nein

Haut: ja nein

Melanom, sonstiges Malignom der Haut ja nein

RR: ja nein

Lymphknotenbefall ja nein

Grund: ja nein

weil? warum? _____

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

5. Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.