

Anlage 5

Inhalte der Urbelege

zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V
über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“
sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301 a SGB V)

Stand der Richtlinien:	20.11.2006
Stand der Anlage 5:	01.11.2006
Version:	3.0
Anzuwenden ab:	01.12.2006

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 2
Inhalt		

Inhaltsverzeichnis:

Seite:

1. Allgemeines	3
2. Heilmittelverordnung – Maßnahmen der Physikalischen Therapie (Muster 13)	4
3. Heilmittelverordnung – Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Muster 14)	6
4. Heilmittelverordnung – Maßnahmen der Ergotherapie (Muster 18).....	8
5. Verordnungsblatt Arznei- und Hilfsmittel (Muster 16).....	10
6. Sehhilfenverordnung (Muster 8).....	12
7. Verordnung von vergrößernden Sehhilfen (Muster 8 a).....	13
8. Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Muster15).....	14
9. Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12)	16
10. Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4).....	18
11. Verordnung des Kurarztes (Muster 25).....	19
12. Verordnung Soziotherapie gem. § 37 a SGB V (Muster 26)	21
13. Berechtigungsschein.....	23

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 3
Inhalt		

1. Allgemeines

- (1) Im Folgenden werden die Inhalte der ärztlichen Verordnungsblätter sowie Berechtigungs- und Reparaturscheine, die als Urbelege der Abrechnung nach § 302 Abs. 2 SGB V zugrunde liegen, näher beschrieben. Nicht in dieser Anlage benannte Verordnungen erhalten durch vertragliche Vereinbarungen Gültigkeit. Diese Inhalte sind in die entsprechenden Felder des Datensatzes (soweit vorhanden) einzutragen.
- (2) Diese Anlage ist in der jeweils gültigen Fassung Bestandteil der Richtlinien und wird unabhängig von dieser fortgeschrieben.

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 4
Inhalt		

2. Heilmittelverordnung – Maßnahmen der Physikalischen Therapie (Muster 13, Stand: 7.2004)¹

- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen-Nr.),
- b. Name der Krankenkasse,
- c. Versichertennummer,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- d. Name und Vorname des Versicherten,
- e. Anschrift des Versicherten,
- f. Geburtsdatum des Versicherten,
- g. Versichertenstatus,
- h. Gültigkeit der Versichertenkarte,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- i. Vertragsarztnummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V,
- j. Vertragsarztstempel,
- k. Unterschrift des Vertragsarztes,
- l. Ausstelldatum des Verordnungsblattes,
- m. Kennzeichnung "Gebühr pfl.", "Gebühr frei", "Unfall/Unfallfolgen", "BVG" und "EWR/CH"
- n. Kennzeichnung der Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall = Erstverordnung/Folgeverordnung) oder Kennzeichnung der Verordnung außerhalb des Regelfalls,
- o. Behandlungsbeginn spätestens am:
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- p. Kennzeichnung "Hausbesuch" und "Therapiebericht"
- q. Kennzeichnung "Gruppentherapie",
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- r. Art und Menge des verordneten Heilmittels
- s. Ggf. Frequenz des verordneten Heilmittels,
- t. Diagnose mit Leitsymptomatik,
- u. Indikations-/Diagnoseschlüssel,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)

¹ Findet gleichfalls Anwendung für Maßnahmen der Podologischen Therapie

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 5
Inhalt		

- v. Spezifizierung der Therapieziele,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- w. Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls.
- x. IK des Leistungserbringers,
- y. Gesamtsumme (brutto) je Verordnungsblatt,
- z. Gesamtsumme der gesetzlichen Zuzahlung je Verordnungsblatt,
- aa. Positionsnummern aller abgegebenen Leistungen, Faktor, ggf. Km-Angaben (Kilometer für Hin- und Rückfahrt je Hausbesuch),
- bb. Rechnungs-Nummer,
- cc. Beleg-Nummer,
- dd. Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalls,
(Sofern die Krankenkasse hierauf nicht verzichtet hat.)
- ee. Empfangsbestätigung des Versicherten (Datum, Maßnahme(n) und Unterschrift am Tag der Leistungserbringung),
- ff. Bei Behandlungsabbruch Kennzeichnung und Datum,
- gg. Nach Rücksprache mit dem Arzt Kennzeichnung "Änderung von Gruppen in Einzeltherapie" und/oder Kennzeichnung "Abweichung von der Frequenz" und ggf. Begründung,
- hh. Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers,

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 6
Inhalt		

3. Heilmittelverordnung – Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Muster 14, Stand: 7.2004)

(Verordnungen, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, wobei die Leistungen jedoch monatlich abgerechnet werden, sind entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen der Rechnung beizufügen.)

- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen-Nr.),
- b. Name der Krankenkasse,
- c. Versichertennummer,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- d. Name und Vorname des Versicherten,
- e. Anschrift des Versicherten,
- f. Geburtsdatum des Versicherten,
- g. Versichertenstatus,
- h. Gültigkeit der Versichertenkarte,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- i. Vertragsarztnummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V,
- j. Vertragsarztstempel,
- k. Unterschrift des Vertragsarztes,
- l. Ausstelldatum des Ordnungsblattes,
- m. Kennzeichnung "Gebühr pfl.", "Gebühr frei", "Unfall/Unfallfolgen", "BVG" und "EWR/CH"
- n. Kennzeichnung der Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall = Erstverordnung/Folgeverordnung) oder Kennzeichnung der Verordnung außerhalb des Regelfalls,
- o. Behandlungsbeginn spätestens am:
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- p. Kennzeichnung "Hausbesuch" und "Therapiebericht",
- q. Kennzeichnung "Gruppentherapie",
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- r. Kennzeichnung "Stimmtherapie", "Sprechtherapie", "Sprachtherapie",
- s. Therapiedauer pro Sitzung,
- t. Menge des verordneten Heilmittels,

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 7
Inhalt		

- u. Angabe der Therapiefrequenz pro Woche,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- v. Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund,
- w. Indikations-/Diagnoseschlüssel, (Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- x. Angaben über neurologische, pädiatrische Besonderheiten,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- y. Spezifizierung der Therapieziele, (Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- z. Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls,
- aa. Angaben zum Tonaudiogramm,
- bb. Trommelfellbefund,
- cc. Angaben zum Laryngologischen Befund (bei Stimmstörungen),
IK des Leistungserbringers,
- dd. Gesamtsumme (brutto) je Verordnungsblatt,
- ee. Gesamtsumme der gesetzlichen Zuzahlung je Verordnungsblatt,
- ff. Positionsnummern aller abgegebenen Leistungen, Faktor, ggf. Km-Angaben (Kilometer
für Hin- und Rückfahrt je Hausbesuch),
- gg. Rechnungs-Nummer,
- hh. Beleg-Nummer,
- ii. Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalls.
(Sofern die Krankenkasse hierauf nicht verzichtet hat.)
- jj. Empfangsbestätigung des Versicherten (Datum, Maßnahme(n) und Unterschrift am
Tag der Leistungserbringung),
- kk. Bei Behandlungsabbruch Kennzeichnung und Datum,
- ll. Nach Rücksprache mit dem Arzt Kennzeichnung "Änderung- von Gruppen in Einzel-
therapie" und/oder Kennzeichnung "Abweichung von der Frequenz"
- mm. Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers,

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 8
Inhalt		

4. Heilmittelverordnung – Maßnahmen der Ergotherapie (Muster 18, Stand: 7.2004)

- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen-Nr.),
- b. Name der Krankenkasse,
- c. Versichertennummer,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- d. Name und Vorname des Versicherten,
- e. Anschrift des Versicherten,
- f. Geburtsdatum des Versicherten,
- g. Versichertenstatus,
- h. Gültigkeit der Versichertenkarte,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- i. Vertragsarztnummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V,
- j. Vertragsarztstempel,
- k. Unterschrift des Vertragsarztes,
- l. Ausstelldatum des Verordnungsblattes,
- m. Kennzeichnung "Gebühr pfl.", "Gebühr frei", "Unfall/Unfallfolgen", "BVG" und "EWR/CH"
- n. Kennzeichnung der Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall = Erstverordnung/Folgeverordnung) oder Kennzeichnung der Verordnung außerhalb des Regelfalls,
- o. Behandlungsbeginn spätestens am:;
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- p. Kennzeichnung "Hausbesuch" und "Therapiebericht",
- q. Kennzeichnung "Gruppentherapie",
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- r. Ggf. Frequenz des verordneten Heilmittels pro Woche,
- s. Art und Menge des verordneten Heilmittels,
- t. Diagnose mit Leitsymptomatik,

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 9
Inhalt		

- u. Indikations-/Diagnoseschlüssel,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- v. Angaben zu neurologischen/psychiatrischen, orthopädischen Besonderheiten,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- w. Spezifizierung der Therapieziele,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- x. Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
IK des Leistungserbringers,
- y. Gesamtsumme (brutto) je Verordnungsblatt,
- z. Gesamtsumme der gesetzlichen Zuzahlung je Verordnungsblatt,
- aa. Positionsnummern aller abgegebenen Leistungen, Faktor, ggf. Km-Angaben (Kilometer
für Hin- und Rückfahrt je Hausbesuch),
- bb. Rechnungs-Nummer,
- cc. Beleg-Nummer,
- dd. Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalls.
(Sofern die Krankenkasse hierauf nicht verzichtet hat.)
- ee. Empfangsbestätigung des Versicherten (Datum, Maßnahme(n) und Unterschrift am
Tag der Leistungserbringung),
- ff. Bei Behandlungsabbruch Kennzeichnung und Datum,
- gg. Nach Rücksprache mit dem Arzt Kennzeichnung "Änderung- von Gruppen in Einzel-
therapie" und/oder Kennzeichnung "Abweichung von der Frequenz",
- hh. Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers,

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 10
Inhalt		

5. Verordnungsblatt Arznei- und Hilfsmittel (Muster 16, Stand: 4.2004)

- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen- Nr.),
- b. Name der Krankenkasse,
- c. Versichertennummer,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- d. Name und Vorname des Versicherten,
- e. Anschrift des Versicherten,
- f. Geburtsdatum des Versicherten,
- g. Versichertenstatus,
- h. Gültigkeit der Versichertenkarte,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- i. Vertragsarztnummer/Vertragszahnarztnummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V,
- j. Vertragsarztstempel/Vertragszahnarztstempel,
- k. Unterschrift des Vertragsarztes/Vertragszahnarztes,
- l. Ausstellungsdatum des Verordnungsblattes,
- m. Art und Menge der vom Vertragsarzt verordneten Leistung,
- n. Diagnose und Diagnoseschlüssel,
(Soweit diese vom Arzt angegeben wurde.)
- o. Kennzeichnung "Gebühr Pfl.", "Gebühr frei", "Sonstige", "Unfall", "Arbeitsunfall", "BVG",
"Hilfsmittel", "Begr.-Pflicht",
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- p. Angaben zum Unfalltag, Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- q. Rechnungsnummer mit Belegnummer (bis ein eigenes Feld auf der Verordnung ergänzt wird: Angabe oben rechts auf der Vorderseite des Verordnungsblattes oder im Feld Apotheken-Nummer/IK),
- r. Hilfsmittelnnummer, Faktor, Taxe,
- s. Stempel des Leistungserbringers,
- t. Gesamtsumme (brutto) je Verordnungsblatt,
- u. gesetzlicher Zuzahlungsbetrag je Verordnungsblatt,
(soweit vorgesehen)

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 11
Inhalt		

- v. Bestätigung des Versicherten über den Erhalt der Leistung (Unterschrift und Datum am Tag der Leistungserbringung)
- w. Vermerk der Krankenkasse

Bei Arbeitsunfall auszufüllen:

- x. Unfalltag
- y. Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 12
Inhalt		

6. Sehhilfenverordnung (Muster 8, Stand: 7.2004)

- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen-Nr.),
- b. Name der Krankenkasse,
- c. Versichertennummer, (Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- d. Name und Vorname des Versicherten,
- e. Anschrift des Versicherten,
- f. Geburtsdatum des Versicherten,
- g. Versichertenstatus,
- h. Gültigkeit der Versichertenkarte, (Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- i. Vertragsarztnummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V,
- j. Vertragsarztstempel,
- k. Unterschrift des Vertragsarztes,
- l. Ausstelldatum des Verordnungsblattes,
- m. Kennzeichnung "Erstversorgung" / "Folgeversorgung",
- n. Kennzeichnung "Unfall/Unfallfolgen", "Versorgungsleiden (BVG)",
- o. Befund, Kennzeichnung "Sehbehinderung mindestens WHO 1", Reparatur" oder "Ersatz",
- p. Art und Menge der vom Vertragsarzt verordneten Leistung, ggf. mit Begründung,
- q. IK des Leistungserbringers,
- r. Rechnungs-Nummer,
- s. Belegnummer,
- t. Hilfsmittelpositionsnummer,
- u. Betrag Euro,
- v. Rechnungsbetrag,
- w. Erklärung des Versicherten,
- x. Entscheidung der Krankenkasse
- y. Empfangsbestätigung des Versicherten,
- z. Bescheinigung des Leistungserbringers

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 13
Inhalt		

7. Verordnung von vergrößernden Sehhilfen (Muster 8 a, Stand: 10.2005)

- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen-Nr.),
- b. Name der Krankenkasse
- c. Versichertennummer,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- d. Name und Vorname des Versicherten,
- e. Anschrift des Versicherten,
- f. Geburtsdatum des Versicherten,
- g. Versichertenstatus
- h. Gültigkeit der Versichertenkarte, (Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- i. Vertragsarzt Nummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V,
- j. Vertragsarztstempel,
- k. Unterschrift des Vertragsarztes,
- l. Ausstellungsdatum des Ordnungsblattes,
- m. Kennzeichnung "Erstversorgung" / "Folgeversorgung",
- n. Kennzeichnung "Unfall/Unfallfolgen", "Versorgungsleiden (BVG)",
- o. Befund Kennzeichnung "Bestkorrigierter Fernvisus rechts", "Bestkorrigierter Fernvisus links", Sehbehinderung mindestens WHO 1", "mit Brille", "Kontaktlinsen", "Vergrößerungsbedarf", "Reparatur" oder "Ersatz",
- p. Art und Menge der vom Vertragsarzt verordneten Leistung, ggf. mit Begründung,
- q. IK des Leistungserbringers,
- r. Rechnungsnummer,
- s. Belegnummer,
- t. 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer,
- u. Betrag Euro,
- v. Rechnungsbetrag,
- w. Erklärung des Versicherten,
- x. Entscheidung der Krankenkasse
- y. Empfangsbestätigung des Versicherten,
- z. Bescheinigung des Leistungserbringers,

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 14
Inhalt		

8. Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Muster 15, Stand: 4.2002)

- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen-Nr.),
- b. Name der Krankenkasse,
- c. Versichertennummer,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- d. Name und Vorname des Versicherten,
- e. Anschrift des Versicherten,
- f. Geburtsdatum des Versicherten,
- g. Versichertenstatus,
- h. Gültigkeit der Versichertenkarte,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- i. Vertragsarztnummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V,
- j. Vertragsarztstempel,
- k. Unterschrift des Vertragsarztes,
- l. Ausstelldatum des Ordnungsblattes,
- m. Kennzeichnung, ob Anspruchsberechtigter schon Träger eines Gerätes war,
- n. Ohrbefund,
- o. Diagnose,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- p. Diagnoseschlüssel,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- q. Angaben für welches Ohr die Hörhilfe erforderlich ist,
- r. Kennzeichnung Tinnitusmasker/instrument,
(Soweit zutreffend)
- s. Ärztliche Bescheinigung,
- t. Kennzeichnung "Unfall/Unfallfolgen", "Versorgungsleiden (BVG)",
- u. IK des Leistungserbringers,
- v. Rechnungs-Nummer,
- w. Beleg-Nummer,
- x. ggf. Kostenvoranschlag des Hörgeräte-Akustikers mit Hilfsmittelnummern,

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 15
Inhalt		

- y. Hilfsmittelnnummer der abgegebenen Hörhilfe,
(soweit kein Kostenvoranschlag vorgesehen ist, ist die Hilfsmittelnnummer hier anzugeben.)
- z. Empfangsbestätigung des Versicherten
- aa. Leistung der Krankenkasse

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 16
Inhalt		

9. Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12, Stand: 7.2000)

(Verordnungen, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, wobei die Leistungen jedoch monatlich abgerechnet werden, sind entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen der Abrechnung beizufügen.)

- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen-Nr.),
- b. Name der Krankenkasse,
- c. Versichertennummer,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- d. Name und Vorname des Versicherten,
- e. Anschrift des Versicherten,
- f. Geburtsdatum des Versicherten,
- g. Versichertenstatus,
- h. Gültigkeit der Versichertenkarte,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- i. Vertragsarztnummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V,
- j. Vertragsarztstempel,
- k. Unterschrift des Vertragsarztes,
- l. Ausstelldatum des Ordnungsblattes,
- m. Kennzeichnung "Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) selbst durchführen kann, ist nicht möglich",
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- n. Kennzeichnung "Erstverordnung", "Folgeverordnung",
- o. Ordnungszeitraum (von / bis),
- p. Kennzeichnung "Unfall/Unfallfolgen",
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- q. Begründung bei Ordnungsdauer über 14 Tage,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- r. Ordnungsrelevante Diagnose(n),
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 17
Inhalt		

- s. Kennzeichnung "statt Krankenhausbehandlung" oder "zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung",
- t. Verordnete Maßnahmen,
- u. Häufigkeit der verordneten Maßnahmen sowie Angaben zur Dauer (von / bis),
- v. Angaben des Pflegedienstes
(soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist.)
- w. Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege
- x. Genehmigung der Krankenkasse.

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 18
Inhalt		

10. Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4, Stand: 7.2004)

- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen-Nr.),
- b. Name der Krankenkasse,
- c. Versichertennummer,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- d. Name und Vorname des Versicherten,
- e. Anschrift des Versicherten,
- f. Geburtsdatum des Versicherten,
- g. Versichertenstatus,
- h. Gültigkeit der Versichertenkarte,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- i. Vertragsarzt Nummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V,
- j. Vertragsarztstempel,
- k. Unterschrift des Vertragsarztes,
- l. Ausstelldatum des Ordnungsblattes,
- m. Kennzeichnung "Unfall/Unfallfolgen", "Arbeitsunfall/Berufskrankheit"
"Versorgungsleiden (BVG u.a.)", "sonstiger Schaden",
- n. Kennzeichnung 1. Hauptleistung: „A) im Krankenhaus“,
„B) ambulante Operation“, „C) ambulante Behandlung“,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- o. Kennzeichnung 2. Beförderungsmittel,
- p. Kennzeichnung der erforderlichen medizinisch-technischen Ausstattung,
- q. Kennzeichnung des Transportweges,
- r. Kennzeichnung in Zusammenhang mit dem Transport
(Hinfahrt, Rückfahrt, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt),
- s. Kennzeichnung der notwendigen medizinisch-fachlichen Betreuung,
- t. Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes,
- u. Genehmigungsvermerk der Krankenkasse,
- v. Unterschrift und Stempel der Krankenkasse,
- w. Empfangsbestätigung durch den Versicherten,
- x. Angaben zum gültigen Befreiungsausweis,
- y. Datum und Unterschrift des Leistungserbringers,
- z. Abrechnungsdaten des Leistungserbringers.

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 19
Inhalt		

11. Verordnung des Kurarztes Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V (Muster 25, Stand: 7.2002)

- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen-Nr.),
- b. Name der Krankenkasse,
- c. Versichertennummer,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- d. Name und Vorname des Versicherten,
- e. Anschrift des Versicherten,
- f. Geburtsdatum des Versicherten,
- g. Versichertenstatus,
- h. Gültigkeit der Versichertenkarte,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- i. Vertragsarzt Nummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V,
- j. Kurarztstempel,
- k. Unterschrift des Kurarztes,
- l. Ausstelldatum des Verordnungsblattes,
- m. Kennzeichnung "Gebühr pfl.", "Gebühr frei", "Unfall/Unfallfolgen", "BVG",
- n. Anzahl des verordneten Heilmittels pro Woche (Frequenz),
- o. Art und Menge des verordneten Heilmittels,
- p. Diagnose/Vorsorgeziel,
- q. Diagnoseschlüssel,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- r. Hinweise zur Therapie,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- s. Kennzeichnung der Maßnahmen der Gesundheitsförderung,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- t. IK des Leistungserbringers,
- u. Gesamtsumme (brutto) je Verordnungsblatt,
- v. Gesamtsumme der gesetzlichen Zuzahlung je Verordnungsblatt,

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 20
Inhalt		

- w. Positionsnummern aller abgegebenen Leistungen, Faktor,
- x. Rechnungs-Nummer,
- y. Beleg-Nummer,
- z. Bei Behandlungsabbruch Kennzeichnung und Datum,
- aa. Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers.
- bb. Empfangsbestätigung des Versicherten (Datum, Maßnahme(n) und Unterschrift am Tag der Leistungserbringung),

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 21
Inhalt		

12. Verordnung Soziotherapie gem. § 37 a SGB V (Muster 26, Stand: 1.2002):

- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen-Nr.),
- b. Name der Krankenkasse,
- c. Versichertennummer,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- d. Name und Vorname des Versicherten,
- e. Anschrift und Telefonnummer des Versicherten,
- f. Geburtsdatum des Versicherten,
- g. Versichertenstatus,
- h. Gültigkeit der Versichertenkarte,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte beim Arzt vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- i. Vertragsarztnummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V,
- j. Vertragsarztstempel,
- k. Unterschrift des Vertragsarztes,
- l. Ausstelldatum des Verordnungsblattes,
- m. Rechnungsnummer mit Belegnummer (oben rechts auf der Vorderseite des Verordnungsblattes),
- n. Diagnose/Diagnoseschlüssel,
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- o. Schweregrad (lt. GAF-Skala),
- p. Datum, seit wann die Erkrankung besteht,
- q. Angaben zur Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen,
- r. Angaben zur Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren,
- s. Kennzeichnung, ob und wofür ein gesetzlicher Betreuer bestellt wurde,
- t. Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen oder des Betreuers,
- u. Angaben zur Wohnform,
- v. Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten,
- w. Voraussichtliche Dauer der Therapie,
- x. Beantragte Zahl der Therapieeinheiten,

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 22
Inhalt		

- y. Bereits durchgeführte Leistungen,
- z. Prognose,
- aa. Kennzeichnung zur Krankenhausbehandlung.

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 23
Inhalt		

13. Berechtigungsschein

Erfolgt die Abgabe aufgrund eines Berechtigungsscheins, so muss der Berechtigungsschein mindestens die nachfolgenden Daten enthalten:

- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen-Nr.),
- b. Name der Krankenkasse,
- c. Versichertennummer,
(Sofern keine Krankenversichertenkarte vorlag wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- d. Name und Vorname des Versicherten,
- e. Anschrift des Versicherten,
- f. Geburtsdatum des Versicherten,
- g. Versichertenstatus,
- h. Gültigkeit der Versichertenkarte,
- i. Unfall/Unfallfolgen,
- j. Versorgungsleiden (BVG) / Berufskrankheit,
- k. Rechnungsnummer,
- l. Belegnummer,
- m. IK des Leistungserbringers,

I. Erklärung des Augenoptikers:

- n. Prüfung der Sehschärfe,

Kontaktlinse(n)

- o. Angabe, ob Nachlieferung innerhalb von 6 Monaten,
- p. Angabe, ob Ersatzlieferung innerhalb von 6 Monaten,
- q. Angabe, ob formstabile/-gasdurchlässige (harte) Linse(n),
- r. Angabe, ob flexible (weiche) Linse(n),
- s. Angabe, ob Kontrolle und Aufarbeiten bzw. Intensivierung der Kontaktlinse(n) notwendig (mit Begründung),
- t. Angabe, ob Austauschsysteme notwendig,
- u. Sonstiges,

Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V	Anlage 5	Seite: 24
Inhalt		

- v. Angabe der dpt-Veränderung,
- w. 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer,
- x. Faktor,
- y. Betrag / Gesamtbetrag,
- z. Stempel, Datum und Unterschrift des Leistungserbringers,

II. Erklärung/Empfangsbestätigung des Versicherten

- aa. Angabe, ob Brillenglas/-gläser zerstört,
- bb. Angabe, ob Brille / Kontaktlinse(n) verloren,
- cc. Angabe, ob Augenglasbestimmung durchgeführt,
- dd. Angabe, ob Kontaktlinsen statt Brille gewählt,
- ee. Bestätigung des Versicherten über den Erhalt der Leistung (Unterschrift und Datum am Tag der Leistungserbringung),

III. Übernahme der Kosten in Höhe des Vertragspreises / der Festbeträge durch den Kostenträger

- ff. Angabe der Höhe der Kostenübernahme,
- gg. Stempel, Datum und Unterschrift des Kostenträgers.