



## Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Begründung der Ablehnung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

## Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Therapieeinheiten erhalten zu haben

Datum	Minuten	Unterschrift des Versicherten	Datum	Minuten	Unterschrift des Versicherten
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

MUSTER

Datum

Behandlungsabbruch am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers