

## Anlage 5

### Inhalte der Urbelege

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

|                        |            |
|------------------------|------------|
| Stand der Richtlinien: | 20.11.2006 |
| Stand der Anlage 5:    | 27.09.2018 |
| Version:               | 4.0        |
| Anzuwenden ab:         | 27.09.2018 |

|  |          |          |
|--|----------|----------|
| Richtlinien über<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>nach § 302 SGB V | Anlage 5 | Seite: 2 |
| Inhalt   |          |          |

| Inhaltsverzeichnis:   | Seite: |
|---|--------|
| 1. Allgemeines .....  | 3      |
| 2. Heilmittelverordnung – Maßnahmen der Physikalischen Therapie<br>(Muster 13) .....            | 4      |
| 3. Heilmittelverordnung – Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie<br>(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 Krankenbeförderung (Muster 4).....   | 18     |
| 11. Verordnung des Kurarztes (Muster 25) .....  | 19     |
| 12. Verordnung Sozialtherapie gem. § 37 a SGB V (Muster 26) .....                               | 21     |
| 13. Berechtigungsschein.....  | 23     |

|  |          |          |
|--|----------|----------|
| Richtlinien über<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>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 SGBV 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<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>nach § 302 SGB V | Anlage 5 | Seite: 4 |
| Inhalt   |          |          |

## 2. Heilmittelverordnung – Maßnahmen der Physikalischen Therapie (Muster 13, Stand: 7.2004)<sup>1</sup>

- 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 SGBV,
- 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.)

<sup>1</sup> Findet gleichfalls Anwendung für Maßnahmen der Podologischen Therapie

|  |          |          |
|--|----------|----------|
| Richtlinien über<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>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<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>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. Vertragsarzt Nummer 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. Kennzeichnung "Stimmtherapie", "Sprechtherapie", "Sprachtherapie",
- s. Therapiedauer pro Sitzung,
- t. Menge des verordneten Heilmittels,

|  |          |          |
|--|----------|----------|
| Richtlinien über<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>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<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>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. Vertragsarzt Nummer 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<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>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<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>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<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>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

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

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. Vertragsarztnummer gemäß § 293 Abs. 4 SGBV,
  - 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,

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<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>nach § 302 SGB V | Anlage 5 | Seite: 15 |
| Inhalt   |          |           |

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

## 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. Vertragsarzt Nummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V,
- j. Vertragsarztstempel,
- k. Unterschrift des Vertragsarztes,
- l. Ausstelldatum des Verordnungsblattes,
- 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. Verordnungszeitraum (von / bis),
- p. Kennzeichnung "Unfall/Unfallfolgen",  
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- q. Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tage,  
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)
- r. Verordnungsrelevante Diagnose(n),  
(Soweit dies vom Arzt angegeben wurde.)

|  |          |           |
|--|----------|-----------|
| Richtlinien über<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>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<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>nach § 302 SGB V | Anlage 5 | Seite: 18 |
| Inhalt   |          |           |

## 10. Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4, Stand: 4.2019)

- a. Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassen-Nr.),
- b. Name der Krankenkasse,
- c. Versichertennummer,  
(Sofern keine Krankenversichertenkarte bei Arzt/Ärztin vorlag, wird unter Anwendung des Ersatzverfahrens auf diese Angabe verzichtet.)
- d. Name und Vorname des Versicherten, der Versicherten
- e. Anschrift des Versicherten, der Versicherten
- f. Geburtsdatum des Versicherten, der Versicherten
- g. Versichertenstatus,
- h. Unterschrift des Vertragsarztes,
- i. Ausstelldatum des Verordnungsblattes,
- j. Kennzeichnung "Unfall, Unfallfolgen", "Arbeitsunfall, Berufskrankheit"  
"Versorgungsleiden (z.B. BVG)", Transportweg: Hinfahrt, Rückfahrt
- k. Kennzeichnung 1. Grund der Beförderung; Genehmigungsfreie Fahren , a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung, b) anderer Grund; Genehmigungsfreie Fahrten zu ambulanten Behandlungen c) hochfrequente Behandlung, d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung, jeweils mit Begründung, e) anderer Grund  
(Soweit dies von Arzt/Ärztin angegeben wurde.)  
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte (Datum, Anzahl, Name, Ort)
- l. Kennzeichnung 3. Art der Beförderung,
- m. Kennzeichnung der erforderlichen medizinisch-technischen Ausstattung,
- n. Kennzeichnung des Transportweges,
- o. Kennzeichnung der notwendigen medizinisch-fachlichen Betreuung,
- p. Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes/der Vertragsärztin,
- q. Bestätigung durch den Versicherten/die Versicherte,
- r. Angaben zum gültigen Zuzahlungs-Befreiungsausweis,
- s. Datum und Unterschrift des Transporteurs,
- t. Abrechnungsdaten des Transporteurs.

|  |          |           |
|--|----------|-----------|
| Richtlinien über<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>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<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>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<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>nach § 302 SGB V | Anlage 5 | Seite: 21 |
| Inhalt   |          |           |

## 12. Verordnung Sozialtherapie gem. § 37 a SGB V (Muster 26, Stand: 7.2017):

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

|  |          |           |
|--|----------|-----------|
| Richtlinien über<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>nach § 302 SGB V | Anlage 5 | Seite: 22 |
| Inhalt   |          |           |

- x. Bereits durchgeführte Leistungen,
- y. Prognose,
- aa. Kennzeichnung zur Krankenhausbehandlung mit Begründung.

|  |          |           |
|--|----------|-----------|
| Richtlinien über<br>Form und Inhalt des<br>Abrechnungsverfahrens<br>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,

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.