

Herr / Frau: _____ Datum: _____

Straße: _____

Plz /Ort: _____

Vers-Nr: _____

**Ärztliche Bestätigung zur Weiterleitung an den
Medizinischen Dienst der Krankenkassen
(für Krankenkassen mit individuellem Genehmigungsverfahren)**

eines langfristigen Behandlungsbedarfs für Heilmittel nach § 32 Abs. 1a SGB V.

Diagnose/n: _____

Pflegestufe: ja Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3
 nein

Merkzeichen des Schwerbehindertenausweises: ja nein

Wenn ja: G aG B H BI GI

Beginn der Erkrankung: _____

Bisher wurde der/die Patient/Patientin mit folgenden Heilmitteln versorgt.

Heilmittel	Zeitraum von	Zeitraum bis	außerhalb des Regelfalls (Ja / Nein)	Indikations-schlüssel, gem. Heilmittel-Katalog

Bei den aufgeführten Indikationen liegt ein gleichbleibender Therapiebedarf bereits über ein Jahr vor, der fortlaufend dokumentiert wurde. Ferner ist ein gleich bleibender langfristiger Behandlungsbedarf für mindestens ein Jahr vorhanden.

Dieser ärztlichen Bestätigung liegt eine Heilmittelverordnung mit medizinischer Begründung (wie Verordnung außerhalb des Regelfalls) bei.

Praxisstempel/Unterschrift