

# SFB Vorsorge/Reha, Heilmittel, Arzneimittel, NUB, Ersatzansprüche u. a.

Name, Vorname der/des Versicherten

Auftraggeber (mit Name Sachbearb, Durchwahl, Fax)

MNR/VSNR

Geburtsdatum

PLZ Wohnort

Straße, Ort

Tel.:

§ 264 SGB V

IK

Vorlage Nr.

Datum:

Vorleistung/Vorversorgung: keine  ja, s. Anlage

Pflegestufe, Art \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

RV Voraussetzungen erfüllt (Angaben zur AU sind anbei)

↓ Bisherige Behandlung (Beh.Arzt mit Fachrichtung und Tel., Krankenhaus, Reha, ggf. wo, von/bis)

ICD Diagnosen

## Anlass/Fragestellung

NUB  Heilmittel  Arzneim.  § 43  erhebliche Gef./Mind. der EF?

Vorsorge  § 23  § 24 Reha  § 40  § 41  ambulant  stationär  Sonstiges

Erläuterungen:

## Beurteilung des MDK

<sup>91</sup>  Begutachtung durch MDK, Bst:

<sup>82</sup>  Weitere Ermittlungen durch MDK, Bst:

<sup>81</sup>  Weitere Ermittlung. durch Kasse, erforderliche Unterlagen s. u.

Mit SFB erledigt: <sup>50</sup>  med. Voraussetzungen erfüllt <sup>61</sup>  Vorauss. teilw. erfüllt, da: <sup>60</sup>  Voraussetzung nicht erfüllt, da:

keine Verschl. mit Todesfolge oder schwere, irr. Behinderung bzw. Pflegebedürf. ohne diese Methode innerh. von Wochen absehbar

<sup>70</sup>  Erhebl. Gefährdung der EF <sup>70</sup>  Minderung der EF

Sozialmed. Begründung, Alternativen:

Datum, Name, Unterschrift, Stempel