§ 264 SGB V

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

Adresse: Tel.:

 Genaue Fragestellung / Erläuterungen (z. B. zu Personen im Haushalt, spezielle Frage bei Satzungsleistung usw.):

MNR/VSNR

Geburtsdatum PLZ Wohnort

 . .

**Auftraggeber** (mit Name Sachbearb., Durchwahl, Fax)

 IK

 Datum, Name, Unterschrift, Stempel

Vorlage Nr.

**SFB Hilfsmittel, häusl. Krankenpflege, Soziotherapie, Haushaltshilfe**

Datum

**Beurteilung des**  81 Weit. Ermittlg. Kasse, erf. Unterl. s. u. 91 zur Kostenprüfg. Fachbereich HiMi

**Medizinischen Dienstes**

 82 Weitere Ermittlung Bst. \_\_\_\_\_\_ 91 Begutachtung durch Bst. \_\_\_\_\_\_

 **Mit SFB erledigt:**  50med. Voraussetzg. erfüllt 61 Vorauss. teilweise erfüllt, weil: 60 Voraussetzg. nicht erfüllt, weil:

 50 Wirtschaftlichkeit gegeben 60 Wirtschaftlichkeit nicht gegeben **Sozialmed. Begründung**

 **Anlass/Fragestellung**  häusl. Krankenpflege: § 37,1 § 37,2 SAPV § 37b

  Haush.-hilfe: § 38,1 § 38,2 stat. Hospiz § 39a

 HiMi Indikation HiMi Wirtschaftlichkeit Evaluation durchgef. HiMi-Versorgung Soziotherapie § 37a

**Name, Vorname** der/des Versicherten

ICD Diagnosen

Pflegestufe, Art seit:

Vorleistung/Vorversorgung keine ja, s. Anlage