MNR/VSNR

Geburtsdatum PLZ Wohnort

 . .

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

 IK

 Datum:

Vorlage Nr.

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

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

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

**Name, Vorname** der/des Versicherten

Erläuterungen:

Straße, Ort Tel.:

 Datum, Name, Unterschrift, Stempel

 70 Erhebl. Gefährdung der EF 70 Minderung der EF

**Sozialmed. Begründung, Alternativen:**

§ 264 SGB V

Bisherige Behandlung (Beh.Arzt mit Fachrichtung und

Tel., Krankenhaus, Reha, ggf. wo, von/bis)

RV Voraussetzungen erfüllt (Angaben zur AU sind anbei)

Pflegestufe, Art seit:

**Beurteilung des** 91Begutachtung durch MD, Bst: 82 Weitere Ermittlungen durch MD, Bst:

**Medizinischen Dienstes**

 81 Weitere Ermittlung. durch Kasse, erforderliche Unterlagen s. u.

 **Mit SFB erledigt:** 50 med. Voraussetzungen erfüllt 61 Vorauss. teilw. erfüllt, da: 60 Voraussetzung nicht erfüllt, da:

 keine Verschl. mit Todesfolge oder schwere, irr. Behinderung bzw.

 Pflegebedürf. ohne diese Methode innerh. von Wochen absehbar

Vorleistung/Vorversorgung: keine ja, s. Anlage

ICD Diagnosen