

Gebührpflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb.am		
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
EWR/CH	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Gesamtzahlung	IK des Leistungserbringers
Heilmittel-Pos.-Nr.	Gesamt-Brutto
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
Rechnungsnummer	
Belegnummer	

Behandlungsplan

Diagnosen:

Funktionsstörungen/Symptome:

Ambulante Intensivförderung - IK 500 913 732 - mit:

für den Zeitraum von _____ bis _____
 _____ Behandlungseinheiten (60 Min.) **Ergotherapie** pro Woche

Therapeutische Tagesstätte - IK 510 919 384 - an:

für den Zeitraum von _____ bis _____
 _____ **Behandlungstagen** pro Woche

Probetag erfolgt am _____

Fahrdienst zur Behandlung erforderlich

auszufüllen von der Krankenversicherung:
Genehmigungsvermerk
Amb. Intensivförd. genehmigt von bis
Therap. Tagesstätte genehmigt von bis
abgelehnt, Begründung:

 (Unterschrift und Stempel des Arztes)

 (Stempel Krankenversicherung)



www.mutabor.org

Ambulante Intensivförderung Corneliusstraße 26, 80469 München
 Tel. 089/2022211 Fax. 089/2022650 info@mutabor.org
Therapeutische Tagesstätte Jägerwirtstraße 6, 81373 München
 Tel. 089/777273 Fax. 089/7460140 stemmerhof@mutabor.org