

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:
<b>Genehmigungsvermerk</b>
Amb. Intensivförd. genehmigt von _____ bis _____
Therap. Tagesstätte genehmigt von _____ bis _____
abgelehnt, Begründung:

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift und Stempel des Arztes)

\_\_\_\_\_  
 (Stempel Krankenversicherung)



[www.mutabor.org](http://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