

<b>Krankenkasse:</b>		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**BSNR**

**LANR**

# Verordnung für Heilmittel der Anthroposophischen Medizin

ggbs 10.2014

Gebühr pflicht
-------------------

Gebühr befreit
-------------------

**NAME d. ärztl. Verordners:**

**Anzahl und Art der Verordnung**

Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland - GAÄD


**Diagnose / Leitsymptomatik**


**Ggfs. Therapievorschlag / Therapieziele**


**Weitere Angaben für den Therapeuten**

	..... Unterschrift des behandelnden Arztes
	Arztstempel

**Für den Therapeuten zu beachten:**

Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar.

Die Behandlung hat spätestens 28 Tage (4 Wochen) nach ihrer Verordnung zu beginnen.

Die abgegebene Leistung ist vom Therapeuten eindeutig zu bezeichnen.

Die empfangene Leistung ist am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen.

Vordatierungen, Rückdatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.

Die Verordnung ist der Leistungsabrechnung im Original beizufügen.

Behandlungsdaten:

Unterschrift des Patienten:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Datum

.....  
Stempel/Unterschrift des Therapeuten