

## THERAPIE- UND KOSTENPLAN

### PATIENT

Vorname, Name

Geburtsdatum

Anschrift

Versicherung

Versicherungsnummer

Privat

Gesetzlich

### BEHANDELNDER ARZT

Vorname, Name

Fachrichtung

Anschrift

### LETZTE BEFUNDE\*

---

---

---

---

### DIAGNOSE\*

---

---

---

---



**NEBENDIAGNOSE\***

---

---

---

**THERAPIE\*\***

---

---

---

---

**PATIENTENAUFKLÄRUNG**

---

---

---

---

**THERAPIEPLAN\*\***

---

---

---

---

**INDIKATIONSBEGRÜNDUNG\*\***

---

---

---

---

---

---

---

---



**KOSTENPLAN\*\***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**HEIL- UND HILFSMITTEL/KOSTEN\*\***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\* als Anlagen beifügen: aktuelle schriftliche Befunde, bildgebende Befunde (CDs)

\*\* als Anlagen beifügen: Auflistung (Quellennachweis) von Studien/Veröffentlichungen für die Indikationsbegründung; Die vorläufig kalkulierten Kosten müssen dargestellt werden für jede Art von Diagnostik/Therapiemethode, die angewendet werden soll; Bei kombinierten Therapien muss die Indikation für jede Therapiemethode einzeln begründet werden und warum die Kombination zwingend ist. Beispiel: Sensitivitätstest–Infusion–Haupttherapie–Sonstige Nebentherapie.

**Hinweis: Der Arzt darf ggf. für die Erstellung des Heil- und Kostenplans Gebühren erheben. Reichen Sie den Heil- und Kostenplan einschließlich Anlagen als Antrag nach §13 SGB V bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung oder als Antrag auf Kostenübernahme oder Kostenerstattung bei Ihrer privaten Krankenversicherung ein. Sofern Sie Rechtsrat benötigen, kontaktieren Sie einen Rechtsanwalt/eine Rechtsanwältin Ihres Vertrauens.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift behandelnder Arzt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient