

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

ZUR FESTSTELLUNG EINER SCHWERWIEGENDEN CHRONISCHEN ERKRANKUNG (§ 62 SGB V)



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

1. ANGABEN ZUR PERSON (MITGLIED)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherten-Nr.:

2. FRAGEN ZUR ERKRANKUNG

A. Die/Der oben genannte Versicherte ist seit dem **wegen derselben Erkrankung in ärztlicher Dauerbehandlung.**

Eine „Dauerbehandlung“ liegt vor, wenn ein Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal erfolgt und der/die oben genannte Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellen dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.

B. Dauerdiagnose(n):

C. Ende der Dauerbehandlung

nicht absehbar voraussichtlich:

Hinweis: Eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:

Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

ja nein

Falls ja, fügen Sie bitte eine Kopie Ihres Bewilligungsbescheides bei!

Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 % nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor, wobei der GdB bzw. MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Punkt B. begründet sein muss.

ja nein

Falls ja, fügen Sie bitte Kopien Ihres Schwerbehindertenausweises und des Bewilligungsbescheides des Versorgungsamtes bei!

Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Punkt B. verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

ja nein

X

Ort, Datum

X

Stempel, Unterschrift des Arztes

FÜR DAS AUSSTELLEN DIESER BESCHEINIGUNG IST DIE NR. 01610 BMÄJE-GO BERECHNUNGSFÄHIG.