

# Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze bei Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V

Die Feststellung, dass der Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet, wird durch die Krankenkasse getroffen.

Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn eine Dauerbehandlung gemäß Abschnitt B1 vorliegt und eines der Merkmale (A1 bis A3) vorhanden ist.

## Zuerst von der Krankenkasse auszufüllen!

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Versichertennummer

**A1** Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor

ja  nein

**A2** Es ist ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) bzw. eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% nach Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt worden

ja  nein

Ausstellungsdatum

Krankenkasse für den Gartenbau  
34111 Kassel

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

## Vom Vertragsarzt auszufüllen!

**B1** Der oben genannte Versicherte ist seit dem

T T M M J J

wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung

Eine Dauerbehandlung liegt vor, wenn der Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellen dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.

Dauerdiagnose(n)

**Ende der Dauerbehandlung**

nicht absehbar  voraussichtlich am T T M M J J

Die nachstehende Frage muss nicht beantwortet werden, wenn A1 und/oder A2 mit ja beantwortet wurde.

**B2** Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der unter **B1** genannten Krankheit erforderlich (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), da ohne Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist

ja  nein

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Abschließend von der Krankenkasse auszufüllen!

**A3** Es liegt eine ärztliche Bescheinigung der kontinuierlichen Behandlungserfordernis gemäß Abschnitt **B2** vor

ja  nein