

## Anlage 13 – Dokumentation Therapieeinrichtung

zum Vertrag zur besonderen Versorgung „Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie“ (OTT)

---

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR/ IK	Arzt-Nr.	Datum

### Anlage

### Dokumentation – Therapieeinrichtung

„Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie“  
Stand 30.03.2023

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ (JJJJ)

Geschlecht: m ☐ w ☐

### Eingangsuntersuchung

Durchgeführt am: \_\_\_\_\_

---

### Abschlussgespräch

Durchgeführt am: \_\_\_\_\_

### **Abbruch (nur auszufüllen, wenn der Abbruch während der Therapieeinheiten erfolgt)**

Datum des Abbruchs: \_\_\_\_\_

Wann wurde die Therapie abgebrochen? \_\_\_\_\_ (Anzahl der absolvierten Therapieeinheiten)

Warum wurde die Therapie abgebrochen?

- ☐ Keine Motivation    ☐ Versorgungsprogramm überzeugt doch nicht    ☐ Unzufrieden mit der Therapie
- ☐ Gesundheitlich nicht im Stande    ☐ Sonstiges \_\_\_\_\_
- ☐ Abbruch durch die Therapieeinrichtung:
- ☐ Verschlechterung des Gesundheitszustandes    ☐ Keine aktive Teilnahme
- ☐ Sonstiges \_\_\_\_\_

Nach der Zwischenuntersuchung dieses Dokument datenschutzkonform an den einschreibenden/betreuenden Leistungserbringer weiterleiten. Nach Abschluss der Behandlung dieses Dokument vollständig ausgefüllt an den einschreibenden/ betreuenden Leistungserbringer weiterleiten sowie der zuständigen Krankenkasse im vorgesehenen Freiumschlag zuschicken. Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 140a SGB V erhoben und verarbeitet. Damit die Krankenkasse die Aufgabe [Möglichkeit der Evaluation] und der Leistungserbringer [abgestimmte Therapie] rechtmäßig erfüllen kann, sind die angeforderten Auskünfte notwendig.

## Anlage 13 – Dokumentation Therapieeinrichtung

zum Vertrag zur besonderen Versorgung „Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie“ (OTT)

---

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR/ IK	Arzt-Nr.	Datum

Empfangsbestätigung für die Therapieeinheiten im Rahmen der besonderen Versorgung „Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie“			
Therapie	Datum	Unterschrift TherapeutIn	Unterschrift PatientIn
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			

Bitte reichen Sie diese Aufstellung vollständig ausgefüllt mit der Abrechnung des/der Patienten/in bei der zuständigen Krankenkasse ein.