Personalnummer (8-stellig)

Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gemäß Chroniker-Richtlinie des G-BA*

Anlage zum Antrag auf Festsetzung einer Belastungsgrenze

Name, Vorname der Patientin/des Patienten	**geboren am**

Die zu behandelnde Person leidet an folgender schwerwiegenden chronischen Erkrankung:

Folgende Vorrausetzungen im Sinne der Chroniker-Richtlinie sind erfüllt:

1. Die Patientin/der Patient befindet sich aufgrund der o. g. Erkrankung seit wenigstes einem Jahr in Dauerbehandlung. Die ärztliche Behandlung erfolgte mindestens einmal pro Quartal.

   ☐ ja ☐ nein

2. Zusätzlich liegt mindestens eines der folgenden Merkmale vor:

   ☐ Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3 oder höher nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch vor.

   ☐ Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor:

   ☐ Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität aufgrund der o. g. Erkrankung zu erwarten ist.

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

*vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGBV für schwerwiegend chronisch Erkrankte