

Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Unfall-folgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

- Physiotherapie
- Podologische Therapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Ergotherapie
- Ernährungstherapie

Rezept ist 28
Tage gültig nach
Ausstellung

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code
z.B.: E11.74
oder G63.2

--

Diagnosegruppe DF **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog a b c **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

--

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Podologische Komplexbehandlung	3 oder 6

Ergänzendes Heilmittel	
------------------------	--

Therapiebericht **Hausbesuch** ja nein **Therapiefrequenz** 4-6 Wochen

Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

--

--

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

