

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Unfallfolgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Heilmittelverordnung 13

- 2
- Physiotherapie
 - Podologische Therapie
 - Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
 - Ergotherapie
 - Ernährungstherapie

3a **Behandlung** 3b **relevante Diagnose(n)**
 ICD-10 - Code

4 _____ 5a _____ 5b _____

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

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlung
6a _____	7 heilen _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ergänzendes Heilmittel

8 _____ 9 _____ 10 _____

11 **Therapiebericht** **Hausbesuch** ja nein **Therapiefrequenz** _____

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

12 _____

14 _____

IK des Leistungserbringers _____ 13 _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes