

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 _____
_____	_____
6b _____	_____

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