

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

# Heilmittelverordnung 13

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

## Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code


**Diagnose-gruppe**  **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog  a  b  c **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel	

**Therapiebericht**    **Hausbesuch**  ja  nein    **Therapie-frequenz**

**Dringlicher Behandlungsbedarf**  
innerhalb von 14 Tagen

## ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers 

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

MUSTER

## Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

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

IK des Leistungserbringers

Belegnummer

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

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

Behandlungsabbruch

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung  
von der Frequenz

Änderung in

Gruppen-  
therapie  Einzel-  
therapie

Begründung


Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

--