Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungsfrei

Zuzahlungspflicht

Unfallfolgen

BVG

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

Diagnosegruppe ☐

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 **Therapiefrequenz**

☐ **Dringlicher Behandlungsbedarf** innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

MUSTER

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

☐ Gruppentherapie ☐ Einzeltherapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers