

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