

HEILMITTELVERORDNUNG

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Heilmittelverordnung 13 ☒ Physiotherapie ☐ Podologische Therapie ☐ Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ☐ Ergotherapie ☐ Ernährungstherapie					
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am						
Unfall-folgen							
BVG	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%;">Kostenträgerkennung</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%;">Versicherten-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 34%;">Status</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Arzt-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Datum</td> </tr> </table>		Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum					

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Z.B. N81.8	Diagnose muss sich auf Beckenboden beziehen
------------	---

Diagnose-gruppe	So2	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	☐ a	☐ b	☐ c	patientenindividuelle Leitsymptomatik	☐
------------------------	-----	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--	--------------------------

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

z. Bsp. Beckenbodenschwäche (Stressinkontinenz)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel KG in Doppelbehandlung 1-2x pro Woche	Behandlungseinheiten 6

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

Muster 13 (10.2020)