

Zuzahlungs-frei? Krankenkasse bzw. Kostenträger

**Muster**

Name, Vorname des Versicherten  
**Max Mustermann** geb. am **01.01.1900**

Musterstraße 1  
 Musterstadt

BVG Kostenträgerkennung 11111111 | Versicherten-Nr. 11111111 | Status 11111

Betriebsstätten-Nr. 11111111 | Arzt-Nr. 11111111 | Datum 01.01.1900

### Heilmittelverordnung 13

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

#### Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

z.B. **E11.74** Diabetes mellitus, Neuropathie / Diabetisches Fußsyndrom

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

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Hyperkeratose, pathologisches Nagelwachstum

#### Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Podologische Komplexbehandlung (groß) beider Füße	<b>3 Behandlungen wahlweise 6 bei Folgerezept</b>
Ergänzendes Heilmittel	

Therapiebericht Hausbesuch  ja  nein Therapie-frequenz **4 - 6 Wochen**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IK des Leistungserbringers

### 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			

### 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