

Zuzahlungs-frei Krankenkasse bzw. Kostenträger

Muster

Zuzahlungspflichtig Name, Vorname des Versicherten
Max Mustermann geb. am
Musterstraße 1 **01.01.1900**
Musterstadt

Unfall-folgen

BVG Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status
11111111 **11111111** **11111**
 Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum
11111111 **11111111** **01.01.1900**

Heilmittelverordnung 13

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

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

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	3 Behandlungen wahlweise 6 bei Folgerezept
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 Nach Rücksprache mit dem Arzt
 Abweichung von der Frequenz

Änderung in Gruppen-therapie Einzel-therapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers