

Anlage 3
(notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung
und einheitliche Regelungen zur Abrechnung „Ärzte“)

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Podologie
und deren Vergütung
vom 30.11.2020
einschließlich der Änderungsvereinbarung
in der Fassung vom 13.06.2022

Inhaltsverzeichnis

1. Ziel der Anlage	3
2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken	3
3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Ärztin oder den Arzt ..	3
4. Korrekturmöglichkeit --form und -zeitpunkt	4
5. Verordnungsdaten	6

1. Ziel der Anlage

Diese Anlage soll sicherstellen, dass der Leistungserbringer fehlerhafte oder unvollständig ausgefüllte Verordnungen besser erkennen kann. Sie gibt ihm einheitliche Regularien zu Korrekturmöglichkeiten, -form und -zeitpunkt. Diese Anlage berücksichtigt dabei die Anlage 3 zur Heilmittel-Richtlinie. Dies trägt dazu bei, dass mögliche Fehler rechtssicher behoben werden können und Rechnungskürzungen und Nullretaxationen nur in berechtigten Fällen erfolgen.

Die im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden oder im Hauptvertrag zu dieser Anlage vereinbarten Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.

2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken

Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 13 HeilM-RL ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck gemäß des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) verordnet werden. Der Verordnungsvordruck ist in Anlage 2 oder Anlage 2a (Blankoformularbedruckung) des BMV-Ä und in den Vordruckerläuterungen näher beschrieben. Für die Verordnung von Heilmitteln sind die Verordnungsmuster 13 oder Verordnungsmuster 13E (Blankoformularbedruckung) vorgesehen.

3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Ärztin oder den Arzt

Ein Vergütungsanspruch des zugelassenen Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer gemäß § 16 Absatz 1 HeilM-RL ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Ist die Heilmittelverordnung nicht ordnungsgemäß ausgestellt, ist der Behandlungsvertrag gegenüber der Krankenkasse schwebend unwirksam. Die Behandlung kann jedoch begonnen werden, wenn nachfolgende Angaben auf der Verordnung enthalten sind:

- Angaben im Personalienfeld,
- Diagnose,
- konkretes Heilmittel,
- Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes.

4. Korrekturmöglichkeit –form und –zeitpunkt

- (1) Sind einzelne Verordnungen nicht vollständig oder erkennbar falsch bedruckt, kann der zugelassene Leistungserbringer diese bis zur Abrechnung im nachfolgend beschriebenen Form korrigieren bzw. ergänzen oder eine ärztliche Ergänzung und/oder Korrektur anstoßen.
- (2) Soweit in Ziffer 5 Korrekturmöglichkeiten auch nach der Abrechnung eingeräumt werden, gilt folgendes Verfahren: Fällt in der Abrechnung durch die Krankenkasse auf, dass eine oder mehrere Angaben auf der Vorder- oder Rückseite der Verordnung fehlen oder erkennbar falsch sind, setzt die Krankenkasse die Verordnung ab und gibt einmalig die Möglichkeit die fehlenden Angaben zu korrigieren und/oder zu ergänzen. Dazu sendet sie dem zugelassenen Leistungserbringer eine Kopie der Originalverordnung und die Begründung der Absetzung mit Verweis auf Anlage 3 dieses Vertrages. Reicht der Leistungserbringer in der Folge die nach dem vorstehenden Satz 3 vollständig ergänzte bzw. korrigierte Kopie der Originalverordnung zurück, entsteht eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 40 €. Reicht der Leistungserbringer die Korrektur/Ergänzung nicht (fristgerecht innerhalb vom 3 Monaten) ein, bleibt die Absetzung bestehen, die Verordnung kann kein weiteres Mal zur Abrechnung eingereicht werden.
- (3) Sollte eine Angabe auf der Verordnung nicht im dafür vorgesehenen Feld stehen, berührt das die Gültigkeit der Verordnung nicht, soweit die Angabe an sich korrekt und vollständig ist. Entscheidend ist, dass der Datensatz gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V und ihrer Anlagen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern korrekt und vollständig an die Krankenkasse oder die von ihr benannte krankenkassenseitige Abrechnungsstelle übermittelt wurde.
- (4) Soweit in dieser Anlage nichts Anderes beschrieben ist, sind Ergänzungen und Korrekturen durch die Ärztin oder den Arzt vorzunehmen. Solche Ergänzungen und Korrekturen erfolgen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der fehlenden oder falschen Angabe. Änderungen und Ergänzungen einer Ärztin oder eines Arztes bedürfen einer erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.

- (5) Eine Ergänzung und/oder Korrektur der Verordnung ist per Fax zwischen Leistungserbringer und Ärztin oder Arzt möglich. Das Fax muss lesbar sein und ist der Abrechnung beizufügen.

- (6) Bei Ergänzungen und/oder Korrekturen durch den zugelassenen Leistungserbringer ist sicherzustellen, dass die ursprünglichen Angaben der Ärztin oder des Arztes sichtbar bleiben. Änderungen und/oder Ergänzungen durch den zugelassenen Leistungserbringer bedürfen einer Unterschrift mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.

5. Verordnungsdaten

Die unten beschriebenen Hinweise beziehen sich auf die Angaben im
Verordnungsvordruck Muster 13, gültig mit der HeilM-RL ab 01.01.2021.

a1) Zuzahlungsfrei/ Zuzahlungspflicht (Zuzahlungspflicht)

a2) Unfallfolgen/BVG (Unfallfolgen, BVG)

k) Behandlungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10 - Code) (Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code)

j) Diagnosegruppe (Diagnosegruppe)

g1) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (inkl. h) ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel (Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges)

g2) Ergänzendes Heilmittel (Ergänzendes Heilmittel)

d) Therapiebericht (Therapiebericht)

e) Dringlicher Behandlungsbedarf (Dringlicher Behandlungsbedarf)

m) Ggf. Therapieziel / weitere med. Befunde und Hinweise (ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise)

b) Heilmittelbereich (Physiotherapie, Podologische Therapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Ergotherapie, Ernährungstherapie)

l) Leitsymptomatik (Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog, Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben))

f) Behandlungseinheiten (Behandlungseinheiten)

c) Hausbesuch (Hausbesuch ja/nein)

i) Therapiefrequenz (Therapiefrequenz)

n) Vertragsarztstempel/ Unterschrift der Ärztin/des Arztes (Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes)

Heilmittelverordnung 13

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

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 13 (10.2020)

Abbildung 1 Druckbereich auf dem Verordnungsmuster
(Muster 13) Vorderseite

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

o)
Bestätigungsfeld
(Datum,
Maßnahmen,
Leistungserbringer,
Unterschrift
des oder der
Versicherten)

p)
Rechnungsdaten

q)
Behandlungs-
abbruch

r)
Stempel/
Unterschrift des
Leistungserbringers

Abbildung 2 Druckbereich auf dem Verordnungsmuster
(Muster 13) Rückseite

Erläuterung zur Art der Angabe:

Pflichtangabe	als Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein
Optionale Angabe	als optionale Angabe gekennzeichnete Felder können ausgefüllt sein
Konditionale Pflichtangabe	als konditionale Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein, wenn die beschriebene Voraussetzung zutrifft

a) Personalienfeld

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

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr., Status), Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung), Angaben zu der verordnenden Ärztin oder zu dem verordnenden Arzt (Arzt-Nr., Betriebsstättennummer) Ausstellungsdatum
Korrekturmöglichkeit	Fehlen <ul style="list-style-type: none"> Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr.),

	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung), • Angaben zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt (Arzt-Nr.) oder das Ausstellungsdatum, <p>kann die Behandlung nicht begonnen werden.</p> <p>Korrekturen und/oder Ergänzungen können ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen. Handschriftliche Änderungen der Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse) sind nicht zulässig.</p> <p>In der Blankoformularbedruckung (Muster 13E) ist bei fehlerhaften/fehlenden Angaben zur oder zum Versicherten, zum Kostenträger und zu der verordnenden Ärztin oder zu dem verordnenden Arzt eine nachträgliche Korrektur nicht möglich, es ist eine neue Verordnung auszustellen.</p>
--	---

Korrekturzeitpunkt	<p>Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgen.</p> <p>Für die Felder „Status“ und „Betriebsstättennummer“ sind nachträgliche Korrekturen gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich. Eine fehlende Betriebsstättennummer im Versichertenfeld kann vom zugelassenen Leistungserbringer für die Abrechnung aus dem Stempel der Ärztin oder des Arztes übernommen werden.</p>
--------------------	--

a1) Zuzahlungsfrei/ Zuzahlungspflicht

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Durch Setzung eines Kreuzes gibt die Ärztin oder der Arzt an, ob eine Zuzahlungsbefreiung bei der oder dem jeweiligen Versicherten vorliegt.
Korrekturmöglichkeit	Auf den Einzug der Zuzahlung darf der Leistungserbringer unabhängig von der Kennzeichnung auf der Verordnung nur bei Vorlage

	einer gültigen Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse verzichten. Die Felder „Zuzahlungsfrei“ und „Zuzahlungspflicht“ müssen nicht korrigiert werden.
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

a2) Unfallfolgen/ BVG

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Durch Setzung eines Kreuzes kann die Ärztin oder der Arzt angeben, ob es sich bei der behandlungsbedürftigen Erkrankung um eine Unfallfolge oder um eine Verordnung im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) handelt.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

b) Heilmittelbereich

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

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Angabe des jeweiligen Heilmittelbereichs (hier: Podologie)
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich, aber Information an die Ärztin oder den Arzt
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

c) Hausbesuch

Hausbesuch ja nein

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Ein Hausbesuch kann nur abgerechnet werden, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist.
Korrekturmöglichkeit	Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich; die Gültigkeit der Verordnung ist nicht berührt. Eine Änderung auf „Ja“ kann ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgt sein.

d) Therapiebericht

Therapiebericht

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Ein Therapiebericht gilt als ärztlich angefordert, wenn in dem entsprechenden Feld ein Kreuz gesetzt wurde. Fehlt dieses, ist die Erstellung nicht erforderlich.
Korrekturmöglichkeit	Sofern die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt den Therapiebericht nachträglich anfordert, kann der Leistungserbringer das Kreuz „ja“ im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift nachträglich korrigieren.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung erfolgt sein.

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Ist das Feld dringlicher Behandlungsbedarf angekreuzt, muss die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen. In allen anderen Fällen muss die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertragen nach dem Verordnungsdatum begonnen werden.
Korrekturmöglichkeit	Wird der ärztlicherseits angegebene dringliche Behandlungsbedarf nicht beachtet, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Der dringliche Behandlungsbedarf kann nur von der Ärztin oder dem Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe aufgehoben werden.
Korrekturzeitpunkt	Die Änderung muss vor Behandlungsbeginn mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe bestätigt werden.

f) Behandlungseinheiten

Behandlungseinheiten

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Behandlungsmenge darf die im Heilmittelkatalog angegebene oder nach § 7 Absatz 6 HeilM-RL zulässige Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten.
Korrekturmöglichkeit	a) Fehlt die Angabe der Behandlungsmenge, ist diese von der Ärztin oder dem Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen.

	b) Sofern auf der ärztlichen Verordnung die Verordnungshöchstmengen überschritten werden, kann der zugelassene Leistungserbringer maximal so viele Therapieeinheiten erbringen und abrechnen, wie sie nach der Heilmittel-RL zulässig sind. Die Ärztin oder der Arzt ist darüber zu informieren.
Korrekturzeitpunkt	a) Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich. b) Eine Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich.

g1) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (inkl. h, ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges
Heilmittel

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Es sind ausschließlich Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog verordnungsfähig.
Korrekturmöglichkeit	<u>Heilmittel:</u> Fehlt die richtlinienkonforme Angabe eines Heilmittels oder ist diese unvollständig, fehlerhaft oder passt nicht zur Diagnosegruppe, muss eine Korrektur durch die Ärztin oder den Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen. Sofern die Ärztin oder der Arzt ergänzende Angaben zum Heilmittel gemacht hat, kann hiervon im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift abgewichen werden. Die Änderung ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.

Korrekturzeitpunkt

Erforderliche Korrekturen und/oder Ergänzungen
müssen vor Einreichung der Verordnung zur
Abrechnung mit der Krankenkasse erfolgt sein.

Lesefassung

g2) Ergänzendes Heilmittel

Ergänzendes Heilmittel

Art der Angabe	Entfällt
Erläuterung	Ergänzende Heilmittel können gemäß Heilmittel-Richtlinie von der Ärztin oder dem Arzt nicht verordnet werden und somit auch nicht vom zugelassenen Leistungserbringer abgegeben und abgerechnet werden.
Korrekturmöglichkeit	Ein ergänzendes Heilmittel kann mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe nachgetragen werden.
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

i) Therapiefrequenz

Therapiefrequenz

Nach Rücksprache mit dem Arzt
 Abweichung von der Frequenz

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Diagnosegruppen DF, NF und QF: Die Ärztin oder der Arzt legt die Frequenz oder die Frequenzspanne der Behandlungseinheiten symptom- und bedarfsorientiert fest. Diagnosegruppen UI1 und UI2: Andere Frequenzempfehlungen als „Bei Bedarf“ sind vom Therapeut als Empfehlung zur Kenntnis zu nehmen. Änderungen oder Korrekturen sind nicht erforderlich.
Korrekturmöglichkeit	a) Änderungen der Frequenz oder Frequenzspanne sind im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt möglich und müssen durch den Leistungserbringer auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks an der dafür vorgesehenen Stelle mit dem Namens Kürzel des abgebenden Leistungserbringers und dem Datum

	<p>vermerkt werden. Durch eine Änderung der Frequenz oder Frequenzspanne verändert sich die Gesamtanzahl der Behandlungseinheiten nicht.</p> <p>b) Fehlt die Frequenzangabe, gilt automatisch die im HeilM-Katalog angegebene Frequenzspanne. In diesem Fall ist eine Korrektur und/oder Ergänzung nicht erforderlich.</p>
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich.

j) Diagnosegruppe

Diagnose-
gruppe

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Es ist eine Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog anzugeben.
Korrekturmöglichkeit	Die Diagnosegruppe kann nur arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe ergänzt oder geändert werden.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich.

k) Behandlungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Die Angabe der therapielevanten Diagnose muss in Form eines oder mehrerer ICD-10-Schlüssel und/oder als Klartext erfolgen. Der ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden.</p> <p>a) Als therapielevant nach § 27 Absatz 1 HeilM-RL ist ein ICD-10-Schlüssel anzusehen, der</p>

	<p>zumindest entweder das Diabetische Fußsyndrom oder eine diabetische Neuropathie deklariert.</p> <p>b) Als therapierelevant nach § 27 Absatz 2 HeilM-RL sind ICD-10-Schlüssel zur Kodierung von krankhaften Schädigungen am Fuß als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie oder als Folge eines Querschnittsyndroms (Komplett oder inkomplett) anzusehen.</p> <p>c) In den Diagnosegruppen UI1 und UI2 ist ausschließlich der ICD-Schlüssel L60.0 maßgeblich, bei anderen Diagnosen ist eine Korrektur erforderlich.</p> <p>Weitere Angaben zur Schädigung in Form eines oder mehrerer ICD-10-Schlüssel oder eines Freitextvermerkes sind für die Gültigkeit der Verordnung unschädlich. Zusätzlich zum ICD-10-Schlüssel kann eine (weitere) ausgeschriebene Diagnose auf der Verordnung angegeben sein.</p>
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Angabe der Diagnose oder ist diese erkennbar nicht therapierelevant, ist diese mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen oder zu korrigieren.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen und/oder Ergänzungen müssen vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung mit der Krankenkasse erfolgt sein.

I) Leitsymptomatik

Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Art der Angabe	Pflichtangabe
LEGS: 7100501	
LEGS: 7200501	
LEGS: 2700541	
LEGS: 2800541	
LEGS: 2900541	

Erläuterung	Die Leitsymptomatik ist nach Heilmittelkatalog anzugeben. Diese ist entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik a), b), c) (UI1 = a) oder UI1 = b)) oder als Klartext anzugeben. Alternativ kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der oder des Versicherten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Leitsymptomatik oder ist sie erkennbar falsch, kann sie im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift nachgetragen, ergänzt oder geändert werden. Bei Verordnungen der Diagnosegruppen UI1 und UI2 sind Korrekturen nicht erforderlich.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich.

m) Ggf. Therapieziel/ weitere med. Befunde und Hinweise

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Angabe eines Therapieziels ist nicht zwingend erforderlich. Soweit ärztlicherseits zusätzliche Angaben zu den wesentlichen Befunden, zu Vor- und Begleiterkrankungen gemacht wurden oder ergänzende Hinweise an den Leistungserbringer übermittelt werden sollen, können diese hier vermerkt werden.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

n) Vertragsarztstempel/ Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie von der Ärztin oder dem Arzt unterschrieben und mit ihrem oder seinem Arztstempel versehen ist.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen und/oder Ergänzungen der Arztunterschrift und/oder des Arztstempels können ausschließlich ärztlicherseits erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein.

o) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahmen, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten)

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die abgegebene Leistung sowie der ggf. durchgeführte Hausbesuch sind vom Leistungserbringer am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe verständlich im Wortlaut und unter Angabe des Datums und Initialen des abgebenden Leistungserbringers einzutragen. Im weiteren Verlauf sind auch gängige Abkürzungen oder Wiederholungszeichen zulässig. Diese Angaben sind von Versicherten durch Unterschrift zu bestätigen.

Korrekturmöglichkeit	Korrekturen und/oder Ergänzungen sind durch erneute Unterschrift der oder des Versicherten mit Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen.
Korrekturzeitpunkt	Die Unterschrift des Versicherten muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein. Nachträgliche Korrekturen des Behandlungsdatums, der Leistung und der Initialen des Leistungserbringers sind gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich.

p) Rechnungsdaten

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IK des Leistungserbringers Belegnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Hier sind vom Leistungserbringer nach Beendigung der entsprechenden Verordnung die notwendigen Angaben zur Abrechnung der jeweiligen Verordnung einzutragen. Das IK des zugelassenen Leistungserbringers ist zusätzlich auch auf der Vorderseite der Verordnung einzutragen.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen und/oder Ergänzungen des IK des zugelassenen Leistungserbringers sind auf der Vorder- und Rückseite der Verordnung vorzunehmen. Fehlt die Angabe des IK auf der Vorderseite der Verordnung, ist dies unschädlich.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich.

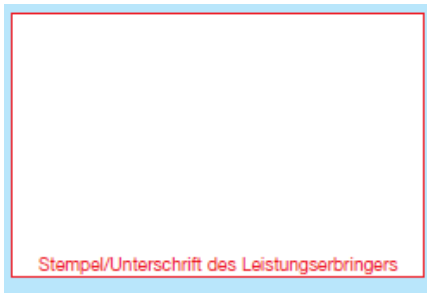
q) Behandlungsabbruch

Behandlungsabbruch

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Art der Angabe	Konditionelle Pflichtangabe
Erläuterung	Wird die Behandlung vor Erreichen der verordneten Behandlungsmenge abgebrochen, ist dies mit dem Datum des Behandlungsabbruches zu vermerken.
Korrekturmöglichkeit	Entfällt
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

r) Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Durch Unterschrift und Praxisstempel ist vom zugelassenen Leistungserbringer die Richtigkeit der gemachten Angaben zu bestätigen.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen und/oder Ergänzungen des Stempels oder der Unterschrift sind auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich.