

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

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