Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungsfrei

Zuzahlungspflicht

Unfallfolgen

BVG

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

- ☐ 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)***

MUSTER

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

Muster 13 (10.2020)