

# Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall-folgen	geb. am		
BVG	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)

--

**Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

Heilmittel	Behandlungseinheiten
<b>KMT (Klassische Massage Therapie)</b>	

**Ergänzendes Heilmittel**

<b>ergänzend mit Fango</b>	
----------------------------	--

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