

Heilmittelverordnung 13

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

- 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
SM (Segment Massage)	

Ergänzendes Heilmittel	
------------------------	--

Therapiebericht Hausbesuch ja nein **Therapie-frequenz**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

--

--

IK des Leistungserbringers

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