

# 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


**Diagnosegruppe**  **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog  a  b  c  patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

--

### Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
<b>MLD (Manuelle Lymphdrainage) 30 / 45 / 60 Minuten möglich</b>	

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