

Heilmittelverordnung 13

Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Unfall-/Unfallfolgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IK des Leistungserbringers		
<input type="text"/>		
Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Faktor	Hausbesuch	Faktor
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

<input type="checkbox"/> Erstverordnung	<input type="checkbox"/> Folgeverordnung	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie
Behandlungsbeginn spätestens am		
<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles	T T M M J J	
Hausbesuch	Therapiebericht	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Hausbesuch	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	<input type="text"/>
Belegnummer	<input type="text"/>

Verordnungs- menge

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Anzahl pro
Woche

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indikationsschlüssel

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

<input type="text"/>
ICD-10 - Code
<input type="text"/>
ICD-10 - Code
<input type="text"/>

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Begründung bei Ablehnung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Behandlungsabbruch am

Datum					
T	T	M	M	J	J

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers