

Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie

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

IK des Leistungserbringers		
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto	
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
Faktor	Hausbesuch	Faktor
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
Rechnungsnummer		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Belegnummer		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

<input type="checkbox"/> Erstverordnung	<input type="checkbox"/> Folgeverordnung	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie
Behandlungsbeginn spätest. am		
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles		
Hausbesuch	Therapiebericht	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Hausbesuch	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Rechnungsnummer	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Belegnummer	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche

Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde	
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
ICD-10 - Code	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
ICD-10 - Code	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

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

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