

Zuzahlungspflicht
Unfallfolgen

Krankenkasse bzw. Kostenträger Bitte angeben		
Name, Vorname des Versicherten Bitte angeben		
		geb. am Bitte angeben
BVG	Kostenträgerkennung Bitte angeben	Versicherten-Nr. Bitte angeben
		Status
	Betriebsstätten-Nr. Bitte angeben	Arzt-Nr. Bitte angeben
		Datum Bitte angeben

Heilmittelverordnung 13

- Physiotherapie
- Podologische Therapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Ergotherapie
- Ernährungstherapie

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

Bitte angeben	
----------------------	--

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

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

--

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Sprechtherapie-45	10

Ergänzendes Heilmittel

--

Therapiebericht **Hausbesuch** ja nein **Bitte wählen** **Therapiefrequenz**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

--

Bitte angeben

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes