

Zuzahlungspflicht  
Unfallfolgen

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

# 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
Schlucktherapie-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