

Zuzahlungspflicht  
Unfallfolgen  
Bitte wählen

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

<b>Bitte angeben</b>	

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

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

--

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Sprachtherapie-45	20

Ergänzendes Heilmittel

--	--

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

**Dringlicher Behandlungsbedarf** innerhalb von 14 Tagen

## ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

--

<b>Bitte angeben</b>
----------------------

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IK des Leistungserbringers 

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