

Freigabe 08.01.2013

Gebühr pflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
	Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten	
Unfall/ Unfall- folgen			geb. am
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Heilmittelverordnung 13

## Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie

IK des Leistungserbringers			
Gesamt-Zuzahlung		Gesamt-Brutto	
Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor	
Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor	
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km	
Faktor	Hausbesuch		Faktor
Rechnungsnummer			
Belegnummer			

### Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

<input type="checkbox"/> Erst- verordnung	<input checked="" type="checkbox"/> Folge- verordnung	<input type="checkbox"/> Gruppen- therapie
Behandlungsbeginn spätest. am		
<input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles	T   T   M   M   J   J	
<b>Hausbesuch</b>		<b>Therapiebericht</b>
<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein

Verordnungs-  
menge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges** Anzahl pro  
Woche

6	podologische Komplexbehandlung	0,25

Indikationsschlüssel	<b>Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde</b>
DFc	Diabetisches Fußsyndrom mit Angiopathie und/oder
ICD-10 - Code	Neuropathie
Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele	

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

**Verbindliches Muster**

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Freigabe 08.01.2013**

**Verbindliches Muster**

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers