

# Heilmittelverordnung 13

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

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

Rezept ist 28  
Tage gültig nach  
Ausstellung

**Behandlungsrelevante Diagnose(n)**  
ICD-10 - Code

z.B.: G62.3 oder sonstige  
neurologische Komplikationen

**Diagnose-gruppe**  NF **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog  a  b  c **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

**Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Podologische Komplexbehandlung	3 oder 6

Ergänzendes Heilmittel

**Therapiebericht** **Hausbesuch**  ja  nein **Therapie-frequenz** 4-6 Wochen

**Dringlicher Behandlungsbedarf**  
innerhalb von 14 Tagen

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

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

