

Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
	Ihre Krankenkasse		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		
	Stefan-Hans Standfest		
	Werdenfelser Weg 29		geb. am
Unfall-folgen	93152 Undorf		00.00.0000
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXX
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

E11.74

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

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Podologische Komplexbehandlung	X

Ergänzendes Heilmittel

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

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Muster

**Stempel und
Unterschrift der
Arztpraxis**

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes