

Heilmittelverordnung 13
Maßnahmen der
Physikalischen Therapie/
Podologischen Therapie

Gebührpflicht. Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebührfrei Name, Vorname des Versicherten geb. am

Unfall/Unfallfolgen

BVG Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum **1.**

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor km

Verordnung außerhalb des Regelfalles **2.**

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnungsmenge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges** Anzahl pro **5**

Indikationsschlüssel **3.** Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

ICD-Code **4.**

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Ihnen das optimal und richtig ausgefüllte Formular für Physikalische Therapie ausstellen zu können UND uns unnötige und zeitaufwändige Korrekturen zu ersparen erfragen Sie bitte **VORHER** bei Ihrem Therapeuten, was in den hier genannten Feldern stehen muss:

- 1. Ausstellungsdatum**
- 2. Spätester Behandlungsbeginn**
- 3. Indikationsschlüssel**
- 4. Diagnose / ICD (ggf. Anpassung)**
- 5. Genaue Art und Anzahl der geplanten Anwendungen sowie der Zusatzbehandlungen**
- 6. Ggf. Hinweise auf „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ geben**
- 7. Sonstige Hinweise mitbringen**

Wenn Sie diese Angaben **VORHER** eingeholt haben, steht **DANACH** der Ausstellung nichts mehr im Wege