

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

## Heilmittelverordnung 13

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

### Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code


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

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

--

### Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Krankengymnastik Doppelbehandlung	

Ergänzendes Heilmittel	
------------------------	--

Therapiebericht  Hausbesuch  ja  nein **Therapie-frequenz** 1x/Woche

**Dringlicher Behandlungsbedarf** innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

--

--

IK des Leistungserbringers 

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

