

Zuzahlungspflicht
Unfallfolgen

Krankenkasse bzw. Kostenträger Bitte angeben		
Name, Vorname des Versicherten Bitte angeben		
		geb. am Bitte angeben
BVG	Kostenträgerkennung Bitte angeben	Versicherten-Nr. Bitte angeben Status
	Betriebsstätten-Nr. Bitte angeben	Arzt-Nr. Bitte angeben Datum Bitte angeben

Heilmittelverordnung 13

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code
Bitte angeben

Diagnosegruppe SF **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Sprech- und Stimmtherapie-45	10

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht **Hausbesuch** ja nein **Bitte wählen** **Therapiefrequenz** 1-3 x wöchentlich

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Bitte angeben

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes