

Zuzahlungspflicht  
Unfallfolgen  
Bitte wählen

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

# Heilmittelverordnung 13

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

## Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

**Bitte angeben**

**Diagnosegruppe**

SP3

**Leitsymptomatik**

gemäß Heilmittelkatalog

a

b

c

patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

Sprech- und Sprachtherapie-45

10

Ergänzendes Heilmittel

**Bitte wählen**

Therapiebericht

Hausbesuch

ja

nein

**Therapiefrequenz**

1-3 x wöchentlich

**Dringlicher Behandlungsbedarf**  
innerhalb von 14 Tagen

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

Empty box for therapy goals and medical findings.

Empty box for signature and stamp, containing the text "Bitte angeben".

IK des Leistungserbringers

Grid for insurance provider identification number (IK).

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes