

Zuzahlungspflicht  
Unfallfolgen

Bitte wählen

BVG

Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>Bitte angeben</b>		
Name, Vorname des Versicherten <b>Bitte angeben</b>		
		geb. am <b>Bitte angeben</b>
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**  **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog  a  b  c **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Stimmtherapie-45	10
Ergänzendes Heilmittel	

**Therapiebericht** **Hausbesuch**  ja  nein **Bitte wählen** **Therapiefrequenz**

**Dringlicher Behandlungsbedarf** innerhalb von 14 Tagen

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

**Bitte angeben**

**Bitte angeben**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IK des Leistungserbringers