

Zuzahlungspflicht
Unfallfolgen

BVG

Krankenkasse bzw. Kostenträger Bitte angeben		
Name, Vorname des Versicherten Bitte angeben		
		geb. am Bitte angeben
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 **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 **Bitte wählen** **Hausbesuch** ja nein **Therapiefrequenz**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

--

Bitte angeben

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes