Gebühr pflicht.

Gebühr frei

Unfall/ Unfall-folgen

BVG

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

1

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. 2 | Arzt-Nr. | Datum 3

Heilmittelverordnung 18

Maßnahmen der Ergotherapie/ Ernährungstherapie

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor | Heilmittel-Pos.-Nr.

Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor

Wegegeld-/Pauschale | Faktor | km

Hausbesuch | Faktor | Hausbesuch | Faktor

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

☐ Erst-verordnung ☐ Folge-verordnung ☐ Gruppen-therapie

4 ☐ Verordnung außerhalb des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätest. am T T 5 M J J

Hausbesuch ☐ Ja ☐ Nein

Therapiebericht ☐ Ja ☐ Nein

6

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
7	8	9

Indikationsschlüssel 10

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde 12

ICD-10 - Code 11

ICD-10 - Code

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

13

14

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

MUSTER