

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	1		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
	2		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
[] []	[] []	[] []
Faktor	Hausbesuch	Faktor
[] []	[] []	[] []
Hausbesuch	Rechnungsnummer	
[] []	[] []	
	Belegnummer	
	[] []	

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung **4** Folgeverordnung Gruppentherapie

Behandlungsbeginn spätest. am

[] []

5

Hausbesuch Ja **6** Nein **Therapiebericht** Ja Nein

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

Indikationsschlüssel **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**

10 []

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes