

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall-folgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Heilmittelverordnung 13

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

### Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

S66	z.B. # FDP + FDS D2+3 rechts
-----	------------------------------

**Diagnose-gruppe**  SB2 **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog  a  b  c **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

### Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Motorisch-funktionelle Behandl. mit ergoth. Schienen	10

Ergänzendes Heilmittel

**Therapiebericht**    **Hausbesuch**  ja  nein    **Therapie-frequenz**

**Dringlicher Behandlungsbedarf** innerhalb von 14 Tagen

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

- 1 x Kleinertschiene: Zügelung D2+3
- Frühmobilisierungsset
  - 3. Woche post-OP Umlagerung
- Nachbeh. Washington Regime (EPM)

IK des Leistungserbringers 

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes