

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

Heilmittelverordnung 13

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

[Redacted]

[Redacted]

Diagnose-gruppe

Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog

☐ a ☐ b ☐ c

patientenindividuelle
Leitsymptomatik ☐

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

Allg. Krankengymnastik, auch als Doppelstunde

6

Ergänzendes Heilmittel

☒ Therapiebericht **Hausbesuch** ☐ ja ☐ nein

Therapie-frequenz **1-3x wöchentlich**

☐ **Dringlicher Behandlungsbedarf**
innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise



IK des Leistungserbringers

[Redacted]

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes