

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

Diagnose-gruppe

Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog

patientenindividuelle
Leitsymptomatik ☐

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

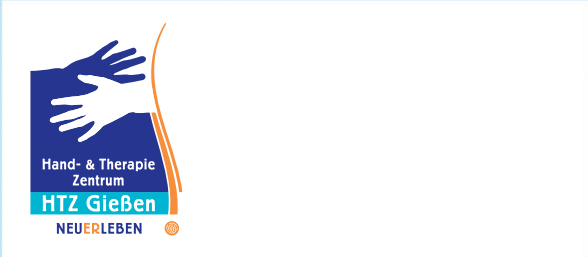
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Manuelle Therapie, 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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes