

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten  geb. am		
Unfall-folgen			
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

<b>S66</b>	<b>z.B. Strecksehnenruptur D3 Zone 3 links</b>
------------	--

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

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

### Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
<b>Motorisch-funktionelle Behandl. mit ergoth. Schienen</b>	<b>10</b>

Ergänzendes Heilmittel

**Therapiebericht**    **Hausbesuch**  ja  nein    **Therapie-frequenz** **1-5/Woche**

**Dringlicher Behandlungsbedarf** innerhalb von 14 Tagen

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

**3 Schienen nach SAM (Short-Arc-Motion)-Konzept**

- 1 x Lagerungsschiene
- 1. + 2. Übungsschiene SAM

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes