Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungsfrei

Zuzahlungspflicht

Unfallfolgen

BVG

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

L60.0	Unguis incarnatus

Diagnosegruppe UI1

Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog [X] a [ ] b [ ] c

patientenindividuelle Leitsymptomatik [ ]

Leitsymptomatik ***(patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)***

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Nagelspangenbehandlung	8

Ergänzendes Heilmittel

[ ] **Therapiebericht**

Hausbesuch [ ] ja [X] nein

Therapiefrequenz n.Bedarf

[ ] **Dringlicher Behandlungsbedarf** innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

MUSTER

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

	Datum	Maßnahmen *(erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)*	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

MUSTER

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers

Belegnummer

Behandlungsabbruch

T T M M J J

Nach Rücksprache mit dem Arzt

☐ Abweichung von der Frequenz

Änderung in

☐ Gruppentherapie ☐ Einzeltherapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers