

# Heilmittelverordnung 13

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

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

## Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code

**z. B. G20.10**      **Primäres Parkinsonsyndrom, mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung**

**Diagnose-gruppe** **En 1**      **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog       a       b       c      patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

*(Empty text area for Leitsymptomatik)*

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
<b>Ergotherapie</b>	<b>36</b>
<b>Motorisch-funktionelle Doppelbehandlung</b>	
<b>Psychisch-funktionelle Behandlung</b>	<b>18</b>

Ergänzendes Heilmittel

*(Empty text area for additional treatments)*

Therapiebericht      Hausbesuch  ja       nein      Therapie-frequenz **4 x wöchentlich**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

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

*(Empty text area for therapy goals and medical findings)*

*(Empty box for contract stamp or doctor's signature)*

IK des Leistungserbringers 

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