

# 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**

Parkinsonsyndrom, primär, mäßiggradig bis schwer

Diagnose-gruppe

**ZN**

Leitsymptomatik  
gemäß Heilmittelkatalog

a

b

c

patientenindividuelle  
Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

**Krankengymnastik 60 min.**

**18**

**(Cave: Dauer lt. Heilmittelkatalog 15 – 25 min.)**

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht    Hausbesuch  ja  nein

Therapie-frequenz **4 x wöchentlich**

Dringlicher Behandlungsbedarf  
innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes