

Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall-folgen	Ihr Name geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Datum			
Frühestens 28 Tage vor Befund datieren.:			

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

Diagnose-gruppe SP5 **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog a b c **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

--

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Sprachtherapie - 60 Minuten	4

Ergänzendes Heilmittel	
------------------------	--

Therapiebericht **Hausbesuch** ja nein **Therapie-frequenz** **5x wöch**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Eingangsbefund für Intensivtherapie mit Therapieversuch
--

--

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes