

MUSTER 13: HEILMITTELVERORDNUNG

MASSNAHMEN DER STIMM-, SPRECH-, SPRACH- UND SCHLUCKTHERAPIE

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<h3 style="color: red; margin: 0;">Heilmittelverordnung 13</h3> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Podologische Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie </div>					
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div>						
Unfall-folgen							
BVG	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kostenträgerkennung</td> <td style="width: 33%;">Versicherten-Nr.</td> <td style="width: 33%;">Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>		Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum					

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

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

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

--	--

Therapiebericht
 Hausbesuch ja nein
 Therapie-frequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf
 innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Muster 13 (10.2020)