

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Unfallfolgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Heilmittelverordnung 13

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

L60.0	Unguis incarnatus
-------	-------------------

Diagnosegruppe UI 1 Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Pathologisches Nagelwachstum mit beginnender Entzündung

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Nagelspangenbehandlung + Lokalisation z.B. D1 rechts	8

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht Hausbesuch ja nein Therapiefrequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IK des Leistungserbringers

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			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers Belegnummer

Behandlungsabbruch

Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung von der Frequenz

Änderung in Gruppen-therapie Einzel-therapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers