

Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie/ Ernährungstherapie

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div>
Unfall/Unfallfolgen	*
BVG	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

IK des Leistungserbringers

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Gesamt-Zuzahlung Gesamt-Brutto

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Heilmittel-Pos.-Nr.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Wegegeld-/Pauschale Faktor km

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Faktor Hausbesuch Faktor

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles * Behandlungsbeginn spätestens am

TTMMJJJ

Hausbesuch Therapiebericht

Ja Nein Ja Nein

Hausbesuch

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Rechnungsnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Belegnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Verordnungsmenge	Motorisch-funktionelle Behandlung	Anzahl pro Woche
1 ≤ 10		

Hier muss zwingend mind. 1 Behandlungseinheit aufgeführt werden. Diese ist zur Kontrolle der Schiene und Einweisung in die Handhabung nötig.

Indikationsschlüssel **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**

ICD-10 - Code

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ICD-10 - Code

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Bitte vermerken Sie hier sowohl die **„Schieneanpassung“**, als auch wichtige Informationen, die zur Herstellung benötigt werden (z.B. Gelenkposition, freie Gelenke, Zielsetzung etc.)

*** = Pflichtangaben**

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

<input type="text"/>

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Ergotherapeutische Schienen sind für den Patienten zuzahlungsbefreit und budgetunabhängig für den verordnenden Arzt!

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes