



Krankenkasse bzw. Kostenträger



Name, Vorname des Versicherten

geb. am

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

**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

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

PRF.NR.

Muster 13.1/E (10.2020)