

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten		
Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Beispiel Nagelspange bei Ung inc. Stadium 1 (nicht entzündet)		
	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

L.60.0	Ung. inc. (+Lokalisation)
---------------	----------------------------------

Diagnosegruppe **UI1** **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog a b c **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Nagelspange	8
Ergänzendes Heilmittel	

Therapiebericht **Hausbesuch** ja nein **Therapiefrequenz**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes