

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall-folgen	<b>Beispiel Nagelspange bei Ung inc. Stadium 1 (nicht entzündet)</b>		
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

<b>L.60.0</b>	<b>Ung. inc. (+Lokalisation)</b>
---------------	----------------------------------

**Diagnose-gruppe**  **UI1** **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog  a  b  c **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
<b>Nagelspange</b>	<b>8</b>
Ergänzendes Heilmittel	

**Therapiebericht** **Hausbesuch**  ja  nein **Therapie-frequenz**

**Dringlicher Behandlungsbedarf** innerhalb von 14 Tagen

## ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers 

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes