

# Heilmittelverordnung 13

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

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

## Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

L60.0

Lokalisation z.B. U1 links

**Diagnosegruppe**

U11

**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