

Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten Max Mustermann geb. am		
Unfall-folgen	Mustermannstr. 1		
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

U09.9

Zustand nach Post-COVID

Diagnose-gruppe

WS

Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog

a

b

c

patientenindividuelle
Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

KG - Doppelbehandlung

36

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht

Hausbesuch

ja

nein

Therapie-frequenz

1-6x wöch.

Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

