

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger Handelskrankenkasse		
<input checked="" type="checkbox"/> Antragspflicht	Name, Vorname des Versicherten Martine Muster Musterweg 1 12345 Musterhausen		
Unfallfolgen		geb. am	01.03.1964
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	101786809	999999966	1
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
	999999999	916065210	01.04.2024

Heilmittelverordnung 13

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code

M75.0

Diagnosegruppe SB1 Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
BLANKOVERORDNUNG	
Ergänzendes Heilmittel	

Therapiebericht Hausbesuch ja nein

Therapiefrequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

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

Dr. Beispiel
Orthopädin - 916065210
Beispielweg 1
12345 Musterhausen
02345 - 678910
Fax 02345 - 678911

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes