

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger Handelskrankenkasse		
<input checked="" type="checkbox"/> Antragspflicht	Name, Vorname des Versicherten Martine Muster		
Unfallfolgen	Musterweg 1	geb. am	01.03.1964
	12345 Musterhausen		
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