

Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Frank geb. am		
Unfall-folgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

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

2 Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code

U09.9	Post-Covid-19-Zustand ohne nähere Bezeichnung
-------	---

3 Diagnose-gruppe PS2 **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Beeinträchtigung Tagesstruktur o. Selbstvertrauen

5 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

6 Behandlungseinheiten

Psychisch-Funktionelle Behandlung	
Ergänzendes Heilmittel	

7 Therapiebericht Hausbesuch ja nein Therapie-frequenz **1-3 x wöchentlich**

10 Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

11 ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes