

**Heilmittelverordnung 18
Maßnahmen
der Ergotherapie**

| | | | |
|---------------------|--------------------------------|------------------|--------|
| Gebührpflicht. | Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Gebührfrei | Name, Vorname des Versicherten | | |
| Unfall/Unfallfolgen | geb. am | | |
| BVG | Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| EWR/CH | Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

IK des Leistungserbringers

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | |
|----------------------|----------------------------|
| Gesamt-Zuzahlung | Gesamt-Brutto |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor Heilmittel-Pos.-Nr. |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Wegegeld-/Pauschale | Faktor | km |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hausbesuch | Faktor | Faktor |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätestens am: **T T M M J J**

Hausbesuch **Therapiebericht**
 Ja Nein
 Ja Nein

Hausbesuch

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Rechnungsnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Belegnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Verordnungsmenge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

Anzahl pro Woche

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Indikationsschlüssel **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.
 Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Begründung bei Ablehnung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

| Datum | Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche) | Unterschrift des Versicherten |
|-------|---|-------------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

Behandlungsabbruch am Datum

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Freigabe 12.03.2008

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers