

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

**der GKV-Spitzenverband**  
**(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)**, K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren die nachstehende

**5. Änderung**  
**der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-**  
**Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertrags-**  
**ärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014**

# Artikel 1

## Änderungen der Vereinbarung (Anlage 2a BMV-Ä)

1. Die Nummern 2.13 sowie 2.13.7 und 2.13.8 werden wie folgt geändert:

„2.13 *Muster 13/E: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie) (Stand: 1.2017)*

2.13.7 *Muster 13.1/E*

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Geb. pf.</td> <td style="width: 100%;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Geb. frei</td> <td style="width: 100%;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Geb. freier</td> <td style="width: 100%;">geb. am _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">BVG</td> <td style="width: 100%;">Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">BVG</td> <td style="width: 100%;">Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum</td> </tr> </table>	Geb. pf.	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Geb. frei	Name, Vorname des Versicherten	Geb. freier	geb. am _____	BVG	Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status	BVG	Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<div style="text-align: right;"> <h3>Heilmittelverordnung 13</h3> <h4>Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie</h4> <p style="font-size: small;">IK des Leistungserbringers</p> </div> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Gesamt-Zuzahlung</td> <td style="width: 50%;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td>Faktor</td> </tr> <tr> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td>Faktor</td> </tr> <tr> <td>Wegegehd-/Pauschale</td> <td>Faktor      km</td> </tr> <tr> <td>Hausbesuch</td> <td>Faktor      Hausbesuch      Faktor</td> </tr> <tr> <td>Rechnungsnummer</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Belegnummer</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Wegegehd-/Pauschale	Faktor      km	Hausbesuch	Faktor      Hausbesuch      Faktor	Rechnungsnummer	_____	Belegnummer	_____
Geb. pf.	Krankenkasse bzw. Kostenträger																								
Geb. frei	Name, Vorname des Versicherten																								
Geb. freier	geb. am _____																								
BVG	Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status																								
BVG	Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum																								
Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto																								
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor																								
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor																								
Wegegehd-/Pauschale	Faktor      km																								
Hausbesuch	Faktor      Hausbesuch      Faktor																								
Rechnungsnummer	_____																								
Belegnummer	_____																								
<p><b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Erstverordnung    <input type="checkbox"/> Folgeverordnung    <input type="checkbox"/> Gruppentherapie         </p> <p> <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles    <input type="checkbox"/> Behandlungsbeginn spätestens am _____         </p> <p> <b>Hausbesuch</b>      <b>Therapiebericht</b>  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein         </p>																									
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;"><b>Verordnungsmenge</b></td> <td style="width: 30%;"><b>Anzahl pro Woche</b></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		<b>Verordnungsmenge</b>	<b>Anzahl pro Woche</b>																						
<b>Verordnungsmenge</b>	<b>Anzahl pro Woche</b>																								
<p><b>Indikationsschlüssel      Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde</b></p> <p>ICD-10 - Code _____</p> <p>ICD-10 - Code _____</p> <p><b>Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																									
<p><b>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																									
<p style="font-size: x-small;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> <div style="float: right; text-align: right;"> <p style="font-size: x-small;">KBV-PRF NR. Muster 13.1/E (1.2017)</p> </div>																									

Original: DIN A5 hoch

2.13.8 Muster 13.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles**

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

Datum \_\_\_\_\_

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		

Datum

Behandlungsabbruch am \_\_\_\_\_

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

⌞ Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
KBV-PRF-NR.  
Muster 13.2/E (1.2017)

*Original: DIN A5 hoch*

2. Die Nummern 2.14 sowie 2.14.6 und 2.14.7 werden wie folgt geändert:

*„2.14 Muster 14/E: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) (Stand: 1.2017)*

2.14.6 Muster 14.1/E

<input type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger <input type="checkbox"/> Gebührl.pflicht <input type="checkbox"/> Gebührl.frei <input type="checkbox"/> Unfall/Unfallfolgen <input type="checkbox"/> BfVG	<b>Heilmittelverordnung</b> <b>Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</b>	<b>14</b>
Name, Vorname des Versicherten geb. am _____	IK des Leistungserbringers _____ Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor _____ Wegegeld-/Pauschale Faktor km _____ Rechnungsnummer _____ Belegnummer _____	Gesamt-Zuzahlung _____ Gesamt-Brutto _____ Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor _____ Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor _____ Hausbesuch Faktor _____ Hausbesuch Faktor _____
Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____	<b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b> <input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles <input type="checkbox"/> Hausbesuch Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Therapiebericht Ja <input type="checkbox"/> Nein Behandlungsbeginn spätestens am _____	
Indikationsschlüssel ICD-10 - Code _____ ICD-10 - Code _____ Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund) Ggf. Spezifizierung der Therapieziele Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)	<input type="checkbox"/> <b>Stimmtherapie</b> <input type="checkbox"/> <b>Sprechtherapie</b> <input type="checkbox"/> <b>Sprachtherapie</b> Therapiedauer pro Sitzung: _____ Minuten    Verordnungsmenge: _____    Therapiefrequenz: _____ pro Woche	
Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z. B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)		

  

**Tonaudiogramm vom \_\_\_\_\_**

Bitte bei pathologischem oder unsicherem Tonschwellenaudiogramm Tympanogramm und Sprachaudiogramm beifügen.

Das Tonaudiogramm ist bei Kindern in laufender Behandlung nach einem halben Jahr zu wiederholen.

dB li 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 1500 3000 6000 10000 12000 Hz	dB re 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 1500 3000 6000 10000 12000 Hz
---	---

Freifeldbefunde ermittelt durch:

 Reaktion  
 Konditionierung  
 eigene Angaben

  

**Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)**

Rechts    Links    Rechts    Links 	Lupenlaryngoskopie: _____ Lupenstroboskopie: _____ Amplitude _____ Randkantenverschiebung _____ Regularität <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kompletter Glottisschluss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF.NR. Muster 14.1/E (1.2017)

Original: DIN A4 hoch

2.14.7 Muster 14.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

  

**Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles**

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Begründung der Ablehnung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

  
  

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

  

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

**Empfangsbestätigung durch den Versicherten**

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Therapieeinheiten erhalten zu haben

Datum	Minuten	Unterschrift des Versicherten	Datum	Minuten	Unterschrift des Versicherten
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

  

Datum

Behandlungsabbruch am \_\_\_\_\_

  

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

  

Begründung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Original: DIN A4hoch

3. Die Nummern 2.18 sowie 2.18.7 und 2.18.8 werden wie folgt geändert:

„2.18 Muster 18/E: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie)  
(Stand: 1.2017)

2.18.7 Muster 18.1/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Geb. pf.</td> <td colspan="2">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Geb. frei</td> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Geb. nicht folgend</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">geb. am _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">BVG</td> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Geb. pf.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Geb. frei	Name, Vorname des Versicherten		Geb. nicht folgend	geb. am _____		BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.			Status			Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Heilmittelverordnung 18 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">1</span></div> <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.1em;">Maßnahmen der Ergotherapie</div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">IK des Leistungserbringers _____</p> <p>Gesamt-Zuzahlung _____ Gesamt-Brutto _____</p> <p>Heilmittel-Pos.-Nr. _____ Faktor _____ Heilmittel-Pos.-Nr. _____</p> <p>Heilmittel-Pos.-Nr. _____ Faktor _____</p> <p>Wegegeld-/Pauschale _____ Faktor _____ km _____</p> <p>Hausbesuch _____ Faktor _____ Hausbesuch _____ Faktor _____</p> <p>Rechnungsnummer _____</p> <p>Belegnummer _____</p>
Geb. pf.	Krankenkasse bzw. Kostenträger																					
Geb. frei	Name, Vorname des Versicherten																					
Geb. nicht folgend	geb. am _____																					
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.																				
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.																				
		Status																				
		Datum																				
<p><b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Erstverordnung            <input type="checkbox"/> Folgeverordnung            <input type="checkbox"/> Gruppentherapie       </p> <p> <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles            Behandlungsbeginn spätestens am _____       </p> <p> <b>Hausbesuch</b>                      <b>Therapiebericht</b>  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein                      <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein       </p>																						
<p>Verordnungs- <b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b>                      Anzahl pro Woche</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>																						
<p>Indikationsschlüssel    <b>Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde</b></p> <p>ICD-10 - Code _____</p> <p>ICD-10 - Code _____</p> <p>Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																						
<p style="font-size: 0.8em;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>		<p style="font-size: 0.8em;">KBV-PRF NR Muster 18.1/E (1.2017)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="font-size: 0.8em; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>																				

Original: DIN A5 hoch

2.18.8 Muster 18.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles**

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

Datum \_\_\_\_\_

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		

Datum

Behandlungsabbruch am \_\_\_\_\_

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

⌂ Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
KBV-PRF-NR.  
Muster 18.2/E (1.2017)

Original: DIN A5 hoch

**Artikel 2**  
**Inkrafttreten**

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.01.2017 in Kraft.

Berlin, den 05.05.2016

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin