

# Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie

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

IK des Leistungserbringers  
| | | | | | | |

Gesamt-Zuzahlung  
| | | | |

Gesamt-Brutto  
| | | | |

Heilmittel-Pos.-Nr.  
| | | | |

Faktor  
| | | |

Heilmittel-Pos.-Nr.  
| | | | |

Heilmittel-Pos.-Nr.  
| | | | |

Faktor  
| | | |

Wegegeld-/Pauschale  
| | | | |

Faktor  
| | | |

km  
| | | |

Faktor  
| | | |

Hausbesuch  
| | | | |

Faktor  
| | | |

## Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung  Folgeverordnung  Gruppentherapie

Behandlungsbeginn spätestens am

Verordnung außerhalb des Regelfalles

T | T | M | M | J | J

Hausbesuch  
 Ja  Nein

Therapiebericht  
 Ja  Nein

Hausbesuch  
| | | | |

Rechnungsnummer  
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Belegnummer  
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Verordnungsmenge

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Anzahl pro Woche


Indikationsschlüssel

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

| | | | |

Gegebenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenfalls Spezifizierung der Therapieziele

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

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 <sup>Datum</sup> T | T | M | M | J | J

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

---

---

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers