

Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie

Pflicht. Krankenkasse bzw. Kostenträger
Musterkrankenkasse

Gebühr frei Name, Vorname des Versicherten
Mustermann Klaus geb. am
Musterweg 2 1.1.51
12345 Musterdorf 03/13

Unfall/Unfallfolgen

BVG Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status
123456 **100200300** **30001**

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung Faktor Heilmittel-Pos.-Nr.
 Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Heilmittel-Pos.-Nr.

Wegegeld-/Pauschale Faktor km
 Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppen-therapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles **T T M M J J** Behandlungsbeginn spätestens am

Hausbesuch Therapiebericht
 Ja Nein Ja Nein

Hausbesuch
 Rechnungsnummer
 Belegnummer

Verordnungsmenge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges** Anzahl pro Woche

3	sensomotorisch-perzeptive Behandlung	3
---	---	---

Indikationsschlüssel **EN 1** Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde
Feinmotorikstörung; Abklärung der Händigkeit

ICD-10 - Code **.** **Einschränkung der Geschicklichkeit**

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes