

Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie

Gebüh- pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebühr- frei	Name, Vorname des Versicherten		
Untert/ Untert- folgen			geb. am
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
Hausbesuch		Faktor	Hausbesuch
Rechnungsnummer		Faktor	
Belegnummer			

1 **Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)**

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätestens am

2 **Hausbesuch** 3 **Therapiebericht**

Ja Nein Ja Nein

4 **Verordnungsmenge** **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges** 6 **Anzahl pro Woche**

--	--	--

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

8

9

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

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

10

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes