

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am
Unfall-folgen	
BVG	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Heilmittelverordnung 13

- ☐ Physiotherapie
☒ Podologische Therapie
☐ Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
☐ Ergotherapie
☐ Ernährungstherapie

Rezept ist 28
Tage gültig nach
Ausstellung

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

z.B.: E11.74

oder G63.2

Diagnose-
gruppe **DF**

Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog

☐ a ☐ b

☒ c

patientenindividuelle
Leitsymptomatik ☐

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

Podologische Komplexbehandlung

3 oder 6

Ergänzendes Heilmittel

☐ Therapiebericht

Hausbesuch

☐ ja

☐ nein

Therapie-
frequenz

4-6 Wochen

☐ Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes