

Freigabe 08.01.2013

**Heilmittelverordnung 18
Maßnahmen
der Ergotherapie**

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

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

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

Hausbesuch **Therapiebericht**
 Ja Nein
 Ja Nein

Hausbesuch

--	--	--	--	--

Rechnungsnummer

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

Belegnummer

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

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

12	sensomotorisch-perzeptive Behandlung	1
----	--------------------------------------	---

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

E N 1 Rett-Syndrom, Rumpfataxie, Apraxie und

ICD-10 - Code **F 8 4 . 2** Intelligenzminderung

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Verbesserung der Beweglichkeit und des Verhaltens

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

Störungsbild verlangt kontinuierliche Therapie

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes