

# Ausfüllmuster Heilmittelverordnung 13

Maßnahmen der Podologischen Therapie - verbindliche Pflichtangaben ab dem 01.11.2011

Wir möchten Sie bitten, für Ihre Patientin / Ihren Patienten

geb. am: \_\_\_\_\_

eine Heilmittelverordnung gemäß nachstehendem Muster auszustellen.

Gebühr pflicht  
oder  
Gebühr frei  
ankreuzen.

Erst- oder  
Folgeverordnung  
ankreuzen.

Bitte kein Beginn-Datum  
eintragen - die HMV  
ist 28 Tage gültig.

Hausbesuch nur  
ankreuzen, wenn  
medizinisch erforderlich.

Verordnungsmenge  
bei Erst-VO : bis zu 3 x  
bei Folge-VO : bis zu 6 x

Als Behandlungsintervall  
gilt automatisch 4-6 Wochen  
abweichende Angaben sind  
medizinisch zu begründen.

Als Diagnose ist zwingend  
eine der drei Möglichkeiten  
anzugeben.

Alternativ können auch  
folgende Indikations-  
schlüssel in Betracht:

Wenn z.B. alle 10 Zehen  
amputiert sind oder eine  
Nagelbearbeitung nicht  
erforderlich ist:

DEa (bei Heilmittel ist dann  
Hornhautabtragung anstelle  
von Podologischer Komplex-  
behandlung einzutragen)

Wenn z.B. keinerlei Verhor-  
nungstörungen vorliegen  
und nur die Nägel patholo-  
gisch verändert sind:

DEb (bei Heilmittel ist dann  
Nagelbearbeitung anstelle  
von Podologischer Komplex-  
behandlung einzutragen)

Gebühr pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Heilmittelverordnung 13</b>	
	AKK Nordost 78102		Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie	
Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten		N. des Leistungserbringers	
	Mustermann geb. am 01.01.50		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
Umfeld/ Unter- folgen	Peter		Gesamt-Zuzahlung	
	Beispielstraße 1 12345 Irgendwo 12/15		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Gesamt-Brutto
	0395611	123456789	5000 9	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
EWR/ CH	Beraterstellen-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Heilmittel-Pos.-Nr.
	123456789	123456789	01.11.2011	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)				
<input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Gruppenverordnung <input type="checkbox"/> Hausbesuch				
<input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles <input type="checkbox"/> Hausbesuch				
Behandlungsdauer in Tagen: T T M M J J J J    Rechnungszähler: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein    Bilanznummer: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				
Verordnungsmenge Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Anzahl pro Woche				
Podologische Komplexbehandlung				
Indikationsschlüssel: DFC    Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde: Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie				
oder Diabetisches Fußsyndrom mit Angiopathie oder Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und Angiopathie				
Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele: _____				
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Selbst): _____				
<p><b>Verbindliches Muster</b></p> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p>Muster 13 (7.2008)</p>				