

Muster 13: Heilmittelverordnung, Maßnahmen der Ergotherapie für folgende Krankenkassen: Barmer GEK, DAK, Techniker KK, Hanseatische KK

Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Podologische Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input checked="" type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten			
Unfallfolgen	geb. am			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

2 F _ _ _ _

F _ _ _ _

3 **Diagnosegruppe** PS_ **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog 4 a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

5 **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

Heilmittel	6 Behandlungseinheiten
Psychisch-funktionelle Behandlung	10
Ergänzendes Heilmittel	

7 **Therapiebericht** 8 **Hausbesuch** ja nein **Therapiefrequenz** 1-3 x 9

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

10 **ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise**

als Einzel- und/oder Gruppentherapie, zur Belastungserprobung möglich

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

**Muster 13: Heilmittelverordnung, Maßnahmen der Ergotherapie
für folgende Krankenkassen: Barmer GEK, DAK, Techniker KK, Hanseatische KK**

1. Auswahl des Heilmittelbereichs: **Ergotherapie**

2. **Behandlungsrelevante Diagnose(n)**

Die therapierelevante Diagnose ist als ICD-10-GM-Code anzugeben.

3. **Diagnosegruppe**

Anzugeben ist eine Diagnosegruppe nach Maßgabe des Heilmittelkataloges. Bei den im Heilmittelkatalog in der jeweiligen Diagnosegruppe unter „z. B.“ aufgeführten Erkrankungen handelt es sich um eine nicht abschließende Liste an Beispieldiagnosen, die zur Orientierung für die Auswahl der jeweiligen Diagnosegruppe dient.

4. **Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog**

Anzugeben ist/sind eine oder mehrere verordnungsbegründende Leitsymptomatik/en nach Maßgabe des Heilmittelkataloges. Diese ist/sind entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik (a, b, c) und/oder als Klartext anzugeben. Alternativ kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der Patientin handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden. Voraussetzung ist, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden kann und mit den im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen vergleichbar ist. Es können auch mehrere Leitsymptomatiken angegeben werden.

5. **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges:**

„psychisch-funktionelle Behandlung“

6. **Behandlungseinheiten:** 10 oder 20(*)

(*) 20 Einheiten sind bei Frauen mit Diagnosegruppen PS2 und PS3 möglich und bei denen eine ergotherapeutische Behandlung mehrmals pro Woche (ca. drei Einheiten pro Woche) zentraler Bestandteil des Behandlungskonzeptes ist.

7. **Therapiebericht:** Bitte ankreuzen. Wir senden Ihnen immer einen Bericht.

8. **Hausbesuch:** Bitte bei „Nein“ ankreuzen

9. **Therapiefrequenz:** Bitte 1-3x. Bei mehreren Gruppen pro Woche bitte: 1-4x.

10. **ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise**

Das Feld kann ausgefüllt werden, wenn das Therapieziel spezifiziert werden soll. Zudem besteht die Möglichkeit, weitere therapierelevante Befundergebnisse und Hinweise anzugeben. Hier bitte als Hinweis dies ergänzen:

„als Einzel- und/oder Gruppentherapie, zur Belastungserprobung möglich“

Vielen Dank!