

# Muster 13: Heilmittelverordnung - Maßnahmen der Ergotherapie FTZ Praxis für Ergotherapie

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.
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. Es können auch mehrere Leitsymptomatik angegeben werden.
5. **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges:**  
  
„psychisch-funktionelle Behandlung“
6. **Behandlungseinheiten:** 10x oder 20x(\*).  
  
(\* ) 20x Einheiten sind bei Frauen mit Diagnosegruppen PS2 und PS3 möglich und bei denen eine ergotherapeutische Behandlung mehrmals pro Woche (ca. drei Einheiten pro Woche) zentrale Bestandteil des Behandlungskonzepts 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: 1x4x.
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, Doppelbehandlung möglich“

Vielen Dank!

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>
Unfall-folgen	
BVG	Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status
	Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

## Heilmittelverordnung 13

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

**Behandlungsrelevante Diagnose(n)**  
ICD-10 - Code

2 F \_ . \_ \_

F \_ . \_ \_

3 **Diagnose-gruppe** PS\_    **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog 4  a  b  c    patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

**Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

Heilmittel	Behandlungseinheiten
5 <b>Psychisch-funktionelle Behandlung</b>	10x 6
Ergänzendes Heilmittel	

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

**Dringlicher Behandlungsbedarf** innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

10 als Einzel- und/oder Gruppentherapie  
Doppelbehandlung möglich

IK des Leistungserbringers 

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

