

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 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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

2 F _ . _ _

F _ . _ _

3 **Diagnose-gruppe** PS_ 4 **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
5 Psychisch-funktionelle Behandlung	10x 6
Ergänzendes Heilmittel	

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

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

BLANKOVERORDNUNG

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. Die BLANKOVERORDNUNG ist nur bei Diagnosegruppen PS3 und PS4 möglich. Andere Diagnosegruppen unterliegen nicht dem Anwendungsbereich der Blankoverordnung.
4. **Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog**
Mindestens eine buchstabenkodierte Leitsymptomatik muss auf der VO angegeben werden. Es können auch mehrere Leitsymptomatik angegeben werden.
5. **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges:**
BLANKOVERORDNUNG
6. **Behandlungseinheiten:** Dieses Feld bleibt bei der BLANKOVERORDNUNG leer.
7. **Therapiebericht:** Wenn Sie einen Bericht bekommen möchten, bitte ankreuzen.
8. **Hausbesuch:** Bitte bei „nein“ ankreuzen.
9. **Therapiefrequenz:** Dieses Feld bleibt bei der BLANKOVERORDNUNG leer.
10. **ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise**
Das Feld kann ausgefüllt werden, wenn das Therapieziel spezifiziert werden soll.

Wichtige Informationen bei BLANKOVERORDNUNG:

- Heilmittel, Behandlungseinheiten und Therapiefrequenz werden von der Ergotherapeutin festgelegt.
- Die Blankoverordnung ist für die Verordnenden „budgetneutral“. Die wirtschaftliche Verantwortung bei einer Blankoverordnung trägt die Ergotherapiepraxis.
- Die Blankoverordnung sind maximal 16 Wochen ab Verordnungsdatum gültig.

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Heilmittelverordnung 13
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Unfall-folgen				
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<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
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Behandlungsrelevante Diagnose(n)				
ICD-10 - Code				
2	F _ _ . _ _			
	F _ . _ _			
3	Diagnose-gruppe PS	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	4	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)				
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges				
Heilmittel				Behandlungseinheiten
5	BLANKOVERORDNUNG			6
Ergänzendes Heilmittel				
7	<input checked="" type="checkbox"/> Therapiebericht	8	Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	9
Therapie-frequenz _____				
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen				
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise				
10				
IK des Leistungserbringers				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes