

Muster 13: Heilmittelverordnung - Maßnahmen der Ergotherapie THEA mobil

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, zum Beispiel:**
psychisch-funktionelle Behandlung
als Doppelstunde möglich (*)
6. **Behandlungseinheiten:** 10x.
7. **Therapiebericht:** Bitte ankreuzen. Wir senden Ihnen immer einen Bericht.
8. **Hausbesuch:** Bitte bei „Ja“ ankreuzen.
9. **Therapiefrequenz:** Bitte 1-2x.
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.

(*) Falls die Einzeltherapie mit Hausbesuch als Doppelstunde indiziert ist.

Wichtig: Wenn Sie mit Ihrem System die Maßnahmenbeschreibung unter Punkt 5. nicht ausstellen/ergänzen können, nutzen Sie bitte das Feld 10. dafür. Da können Sie als Hinweis dies ergänzen: „als Doppelstunde möglich“.

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

F _ . _ _

F _ . _ _

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
Psychisch-funktionelle Behandlung	10x

Ergänzendes Heilmittel

7 **Therapiebericht** **8** **Hausbesuch** ja nein **Therapie-frequenz** 1-2 x **9**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

BLANKOVERORDNUNG

Muster 13: Heilmittelverordnung - Maßnahmen der Ergotherapie THEA mobil

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 „Ja“ 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.

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Heilmittelverordnung 13
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Unfallfolgen				
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	Diagnosegruppe 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 checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	9
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen				
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise				
10				
IK des Leistungserbringers				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes