

Musterrezept (als Vorlage für Ihre Arztpraxis)

Handtherapie

- A Patient:innendaten
- B Ergotherapie muss angekreuzt sein
- C Diagnose und Diagnosegruppe (Diagnosegruppe häufig SB2)
- D bitte a, b oder c ankreuzen, bei patientenindividueller Leitsymptomatik muss ein Freitext eingegeben werden
- E - motorisch-funktionelle Behandlung
- motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene
- F Behandlungseinheiten: 10 oder 6
- G thermische Anwendung (Wärmetherapie, Kältetherapie, Ultraschall)
- I 1-3x/ Woche (für mehr Flexibilität)
- J ggf. Therapieziele/ weitere med. Befunde und Hinweise
- K Stempel/ Unterschrift der Ärzt:in

Zuzahlungsbefrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Heilmittelverordnung 13	
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> Physiotherapie	B
Unfallfolgen	geb. am		<input type="checkbox"/> Podologische Therapie	
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> Ergotherapie
	<input type="checkbox"/> Ernährungstherapie			
	Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code			
	Diagnosegruppe <input type="checkbox"/> Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik <input type="checkbox"/>			
	Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik Freitext angeben)			
	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Behandlungseinheiten	
	Heilmittel			
	Ergänzendes Heilmittel			
	<input type="checkbox"/> Therapieübertragung	Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Therapiefrequenz	I
	<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen			
	ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise			
	IK des Leistungserbringers		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Schmerztherapie

- A Patient:innendaten
- B Ergotherapie muss angekreuzt sein
- C Diagnose und Diagnosegruppe (Diagnosegruppe häufig SB2)
- D bitte a, b oder c ankreuzen, bei patientenindividueller Leitsymptomatik muss ein Freitext eingegeben werden
- E motorisch-funktionelle Behandlung in **Doppeleinheiten**
- F Behandlungseinheiten: 10
- G thermische Anwendung (Wärmetherapie, Kältetherapie, Ultraschall)
- I 1-3x/ Woche (für mehr Flexibilität)
- J ggf. Therapieziele/ weitere med. Befunde und Hinweise
- K Stempel/ Unterschrift der Ärzt:in