

<input type="checkbox"/> Zusatz-lungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
<input type="checkbox"/> Zusatz-lungspflicht	Name, Vorname des Versicherten		
<input type="checkbox"/> Unfall-folgen	geb. am		
<input type="checkbox"/> BVG			
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Datum

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

## Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

Diagnose-  
gruppe \_\_\_\_\_

**Leitsymptomatik**  
gemäß Heilmittelkatalog

a

b

c

patientenindividuelle

Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht

Hausbesuch

ja

nein

**Therapie-  
frequenz**

\_\_\_\_\_

Dringlicher Behandlungsbedarf

innerhalb von 14 Tagen

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

PRF.NR. Muster 13.1/E (10.2020)

IK des Leistungserbringers

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.