Gebühr pflicht. Gebühr	Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten	Heilmittelverordnung 13 Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie			
frei			K des Leistungserb	oringers	
I lafall/		geb. am			
Unfall/ Unfall-			Gesamt-Zuzahlung	Gesam	t-Brutto
folgen					
BVG	Kassen-Nr. Versicherten-Nr.	Status	Heilmittel-PosNr.	Faktor	
5.0					
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum	Heilmittel-PosNr.	Faktor	
			Wegegeld-/Pauschale	e Faktor	km
	Verordnung nach Maßgabe des Kataloges				
		Hausbesuch	Faktor	Hausbesuch	Faktor
	Erst- Folge- Gruppen- verordnung verordnung therapie				
		Rechnungsnummer			
	Verordnung außerhalb des Regelfalles T T M M J J J				
		Belegnummer			
	Ja Nein Ja Nein				
	Verendamen				Anzahl pro
	Verordnungs- menge Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges				Woche
	Indikationsschlüssel Diagnose mit Leitsymptomatik,	gegebenenfalls wesentlic	he Befunde		
	Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele				
			_		
	Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb de	s Regelfalles (ggf. Beiblatt	()		
			_ [
			_		.ct
				_ N	luster
			_	diches "	1.
				lane	
	Verbindliches Muster				
			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		