

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
EWR/CH	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie

IK des Leistungserbringers		
Gesamt-Zuzahlung		
Gesamt-Brutto		
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km
Faktor	Hausbesuch	Faktor

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

<input type="checkbox"/> Erstverordnung	<input checked="" type="checkbox"/> Folgeverordnung	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie
Verordnung außerhalb des Regelfalles		
Hausbesuch	Therapiebericht	Behandlungsbeginn spätestens am
<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	T T T M M J J J

Hausbesuch	Rechnungsnummer
Belegnummer	

Verordnungsmenge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges** Anzahl pro Woche

10	Motorisch- funktionelle Behandlung	3
10	Thermische Anwendungen	

Indikationsschlüssel **SB2** **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**
Carpaltunnelsyndrom rechts (GR)
 Z.n. OP, dtl. Einschränkung der Beweglichkeit, Geschicklichkeit und Selbstversorgung

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten
funktionell frei bis Schmerzgrenze möglich

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele
Funktionsverbesserung, Erhalt der Handfunktion

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Paul Albrechts Verlag, 22952 Lütjensee