

**Heilmittelverordnung 18  
Maßnahmen  
der Ergotherapie**

Gebührpflicht. Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebührfrei Name, Vorname des Versicherten geb. am

Unfall/Unfallfolgen

BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IK des Leistungserbringers

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Gesamt-Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Wegegeld-/Pauschale

Faktor

km

Hausbesuch	Faktor	Hausbesuch	Faktor
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)**

Erstverordnung  Folgeverordnung  Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch  Ja  Nein

Therapiebericht  Ja  Nein

Behandlungsbeginn spätest. am T T M M J J

Hausbesuch

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
10	sensomotorisch-perzeptive Behandlung	2

Indikationsschlüssel  E  N  2

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Apoplex mit spastischer Hemiparese und Hemiplegie li.;

ICD-10 - Code  G  8  1  1

Einschränkung der Beweglichkeit und Selbstversorgung

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Verbesserung der Selbständigkeit;

Einsatz des li. Armes im Alltag verstärken

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

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes