

Freigabe 08.01.2013

**Heilmittelverordnung 18
Maßnahmen
der Ergotherapie**

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gesamt-Zuzahlung

--	--	--	--	--

Gesamt-Brutto

--	--	--	--	--

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Heilmittel-Pos.-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor

--	--	--	--	--	--	--

Wegegeld-/Pauschale Faktor km

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Behandlungsbeginn spätestens am **T T M M J J**

Hausbesuch: Ja Nein
 Therapiebericht: Ja Nein

Hausbesuch

--	--	--	--	--

Rechnungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Belegnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
10	sensomotorisch-perzeptive Behandlung	1

Indikationsschlüssel **EN1** **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**

Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und

ICD-10 - Code **F82.1** **Graphomotorik; Einschränkung der Beweglichkeit und**

Geschicklichkeit

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes