

Maßnahmen der Ergotherapie

Gebührpflicht.  Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebührfrei  Name, Vorname des Versicherten  geb. am

Unfall/Unfallfolgen

BVG Kassen-Nr.  Versicherten-Nr.  Status

EWR/CH Vertragsarzt-Nr.  VK gültig bis  Datum

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)

Erstverordnung  Folgeverordnung  Gruppentherapie

Behandlungsbeginn spätestens am

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch  Ja  Nein Therapiebericht  Ja  Nein

Hausbesuch

Rechnungsnummer

Belegnummer

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

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

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

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

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

**Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes**

systemform MediaCard GmbH & Co. KG Prien