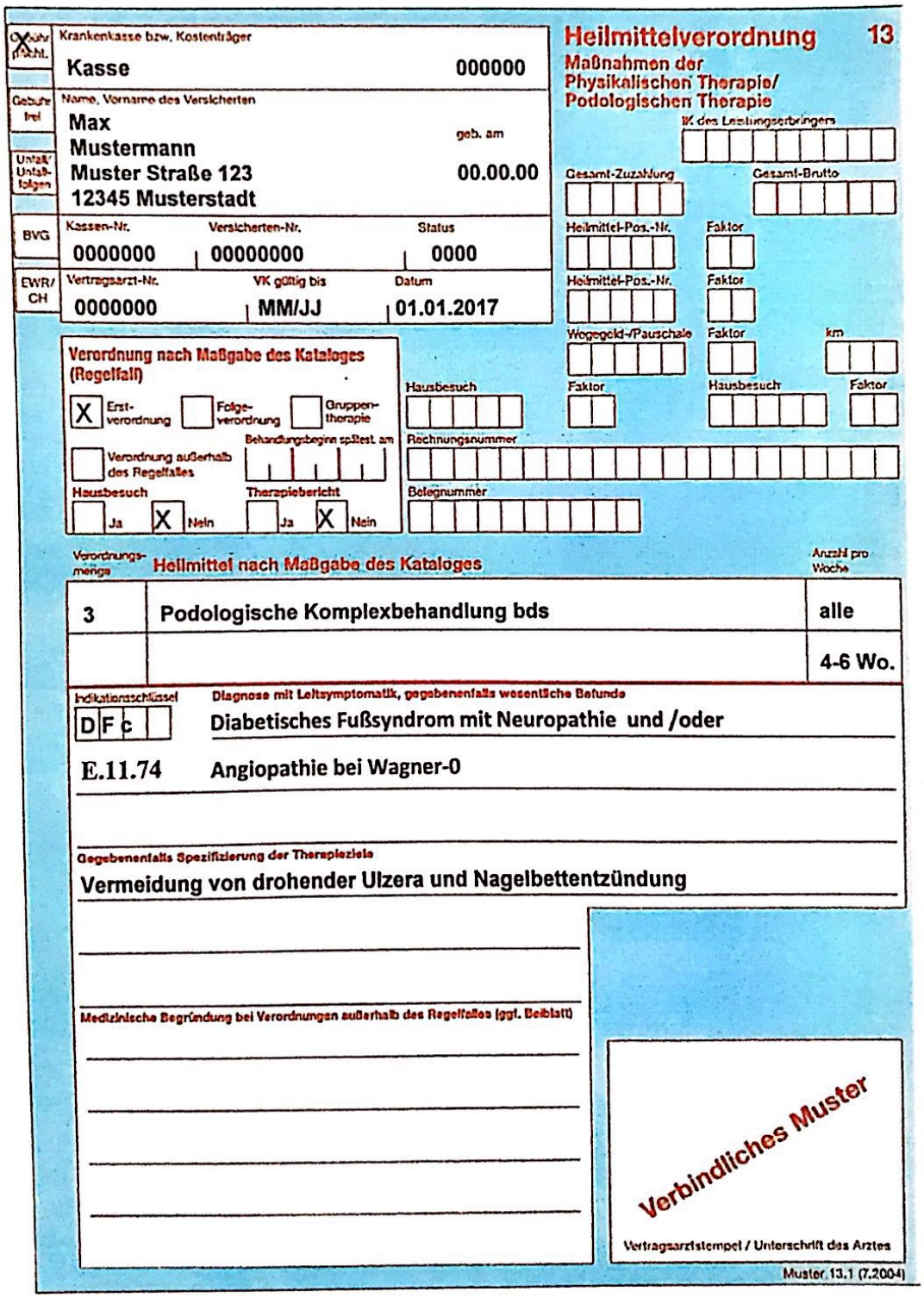
Muster - Heilmittelverordnung
Podologische Therapie

Maßnahmen der Podologischen Therapie zur Vermeidung von drohenden Folgeschäden

1. **Ausstellungsraum:** der Heilmittelverordnung **maximal 28 Tage vor Therapiebeginn**
2. **Verordnungsmenge:** (Empfehlung, bei Folgeverordnung nur 3 x)
   Erstverordnung = 3 x , Folgeverordnung = 3 x oder 6 x pro Verordnung
3. **Anzahl pro Woche: alle 4 bis 6 Wochen**
4. **Diagnosegruppe**: Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und / oder Angiopathie
5. **Indikationsschlussel:** (E.10.74 oder E.11.74 oder E.12.74 oder13.74 oder E.14.74)



Heilmittelverordnung 13

Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie

Krankenkasse bzw. Kostenträger: Kasse 000000

Name, Vorname des Versicherten: Max Mustermann, Muster Straße 123, 12345 Musterstadt; geb. am 00.00.00

Kassen-Nr. 0000000 | Versicherten-Nr. 00000000 | Status 0000

Vertragsarzt-Nr. 0000000 | VK gültig bis MM/JJ | Datum 01.01.2017

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor

Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor

Wegegeld-/Pauschale | Faktor | km

Hausbesuch | Faktor | Hausbesuch | Faktor

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

[X] Erstverordnung [ ] Folgeverordnung [ ] Gruppentherapie

[ ] Verordnung außerhalb des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätest. am

Rechnungsnummer

Hausbesuch: [ ] Ja [X] Nein

Therapiebericht: [ ] Ja [X] Nein

Belegnummer

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
3	Podologische Komplexbehandlung bds	alle
		4-6 Wo.

Indikationsschlüssel: D F c

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und /oder

E.11.74 Angiopathie bei Wagner-0

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Vermeidung von drohender Ulzera und Nagelbettentzündung

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13.1 (7.2004)

Scanned with CamScanner