



Physiotherapie Zentrum Brandt | Marktberg 6 | 17291 Prenzlau

Das korrekte Ausfüllen einer Verordnung unterliegt der Pflicht des verordnenden Arztes bzw. stellvertretend seinen Schwestern. Eine fehlerhafte Verordnung in der Abrechnung für die Krankenkassen wird als ungültig gewertet und bedeutet für den Rechnungssteller / Leistungserbringer einen Vergütungsverlust. Wir versuchen dem, durch genaueres Prüfen der Verordnungen, vorzubeugen. Verordnungen die nicht korrekt aus gestellt wurden können wir ohne Korrektur des Arztes nicht an nehmen.

- Punkt 1:** Gebührenpflicht & Gebührenbefreit – **Pflichtfeld**
- Punkt 2:** Erstverordnung/Folgeverordnung - **Pflichtfeld**
- Punkt 3:** Verordnung außerhalb des Regelfalls – Begründung unter Punkt 14 erforderlich – **entweder Erst – Folge - oder außerhalb des Regelfalls !**
- Punkt 4:** Gruppentherapie – bitte ankreuzen sofern verordnet
- Punkt 5:** Behandlungsbeginn spätestens am – Datum bitte angeben sofern die Behandlung nicht innerhalb 14 Kalendertagen begonnen werden soll
- Punkt 6:** Hausbesuch – **Pflichtfeld**
- Punkt 7:** Therapiebericht – **Pflichtfeld**
- Punkt 8:** Verordnungsmenge – **Pflichtfeld**
- Punkt 9:** Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges – **Pflichtfeld**
- Punkt 10:** Anzahl pro Woche – **Pflichtfeld**
- Punkt 11:** Indikationsschlüssel – **bitte vollständig** und **exakt (Pflicht des Arztes)**
- Punkt 12:** Diagnose mit Leitsymptomatik und ICD-10
Leitsymptomatik und konkrete Diagnose **immer angeben**
- Punkt 13:** Spezifizierung der Therapieziele
nur notwendig, wenn sie sich nicht aus der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben
- Punkt 14:** Medizinische Begründung **bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls** ist einschließlich prognostischer Einschätzung **immer erforderlich**

Bitte denken sie daran, Ihre Heilmittelverordnung ist ab Ausstellungsdatum nur 14 Kalendertage für den ersten Behandlungstermin gültig.

Freigabe 08.01.2013

Heilmittelverordnung 13

Maßnahmen der
Physikalischen Therapie/
Podologischen Therapie

1

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 Leistungsbringers			
Gesamt-Zuzahlung		Gesamt-Brutto	
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor		
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor		
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km	
Faktor		Hausbesuch	Faktor

2

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

<input type="checkbox"/> Erstverordnung	<input type="checkbox"/> Folgeverordnung	<input type="checkbox"/> Gruppen-therapie
<input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles	Behandlungsbeginn spätestens am	
Hausbesuch	Therapiebericht	Belegnummer
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Hausbesuch	Rechnungsnummer	Belegnummer

4

3

6

8

11

13

14

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche

9

10

Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde
ICD-10 - Code	
Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele	

12

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes