



Zustellungsfrist	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Heilmittelverordnung 13	
Zustellungsfrist	Name, Vorname des Versicherten	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
Unterschied	geb. am	<input checked="" type="checkbox"/> Podologische Therapie	
BVG	Kostenträgerkennung	<input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	
	Versicherten-Nr.	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
	Status	<input type="checkbox"/> Ernährungstherapie	
	Betriebsstätten-Nr.		
	Arzt-Nr.		
	Datum		
Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code			
E10.74 diabetisches Fußsyndrom			
Diagnosegruppe	DF	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input checked="" type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)			
pathologisches Nagelwachstum und Hyperkeratose			
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Behandlungseinheiten	
Heilmittel		6	
podologische Komplexbehandlung			
Ergänzendes Heilmittel			
<input type="checkbox"/> Therapiebericht	Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Therapiefrequenz	4-6 Wochen
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen			
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise			
IK des Leistungserbringers		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Muster 13 (10.2020)

Zustellungsfrist	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Heilmittelverordnung 13	
Zustellungsfrist	Name, Vorname des Versicherten	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
Unterschied	geb. am	<input checked="" type="checkbox"/> Podologische Therapie	
BVG	Kostenträgerkennung	<input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	
	Versicherten-Nr.	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
	Status	<input type="checkbox"/> Ernährungstherapie	
	Betriebsstätten-Nr.		
	Arzt-Nr.		
	Datum		
Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code			
Bsp. G62.9 krankhafte Schädigung der FüÙe als Folge sensibler oder sensomotoischer Neuropathie			
Diagnosegruppe		Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input checked="" type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)			
pathologisches Nagelwachstum und Hyperkeratose			
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Behandlungseinheiten	
Heilmittel		6	
podologische Komplexbehandlung			
Ergänzendes Heilmittel			
<input type="checkbox"/> Therapiebericht	Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Therapiefrequenz	4-6 Wochen
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen			
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise			
IK des Leistungserbringers		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Muster 13 (10.2020)

Zustellungsfrist	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Heilmittelverordnung 13	
Zustellungsfrist	Name, Vorname des Versicherten	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
Unterschied	geb. am	<input checked="" type="checkbox"/> Podologische Therapie	
BVG	Kostenträgerkennung	<input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	
	Versicherten-Nr.	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
	Status	<input type="checkbox"/> Ernährungstherapie	
	Betriebsstätten-Nr.		
	Arzt-Nr.		
	Datum		
Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code			
Bsp. G82.2 Schädigung der FüÙe als Folge eines Querschnittssyndroms			
Diagnosegruppe		Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input checked="" type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)			
pathologisches Nagelwachstum und Hyperkeratose			
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Behandlungseinheiten	
Heilmittel		6	
podologische Komplexbehandlung			
Ergänzendes Heilmittel			
<input type="checkbox"/> Therapiebericht	Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Therapiefrequenz	4-6 Wochen
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen			
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise			
IK des Leistungserbringers		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Muster 13 (10.2020)

Zustellungsfrist	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Heilmittelverordnung 13	
Zustellungsfrist	Name, Vorname des Versicherten	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
Unterschied	geb. am	<input checked="" type="checkbox"/> Podologische Therapie	
BVG	Kostenträgerkennung	<input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	
	Versicherten-Nr.	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
	Status	<input type="checkbox"/> Ernährungstherapie	
	Betriebsstätten-Nr.		
	Arzt-Nr.		
	Datum		
Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code			
L60.0 unguis incarnatus			
Diagnosegruppe	UI 1	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input checked="" type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)			
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Behandlungseinheiten	
Heilmittel		8	
Nagelspangenbehandlung			
Ergänzendes Heilmittel			
<input type="checkbox"/> Therapiebericht	Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Therapiefrequenz	
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen			
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise			
IK des Leistungserbringers		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Muster 13 (10.2020)

AZ Podologie

Ilaria Ambrosi

Magdalena Ziebicka

Maßbornstraße 27, 60437 Frankfurt - Harheim

0173 744 21 95

info@azpodologie.com

www.azpodologie.com