

**2.18.5 Muster 18.1/E**

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Krankenkasse bzw. Kostenträger</span> <div style="text-align: right;"> <b>Heilmittelverordnung Maßnahmen der Ergotherapie</b> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">18</span> </div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%; text-align: center;">Geb. pfl.</div> <div style="width: 90%;">Name, Vorname des Versicherten</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 10%; text-align: center;">Geb. frei.</div> <div style="width: 90%;">geb. am</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 30%; text-align: center;">Unfall/ Unfall- träger</div> <div style="width: 40%; text-align: center;">Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status</div> <div style="width: 30%;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 30%; text-align: center;">BVG</div> <div style="width: 40%; text-align: center;">Vertragsarzt- Nr.      VK gültig bis      Datum</div> <div style="width: 30%;"></div> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p><b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Erstverord.    <input type="checkbox"/> Folgeverordnung    <input type="checkbox"/> Gruppentherapie                 </div> <div style="width: 40%; text-align: center;"> <b>Behandlungsbeginn spätestens am:</b> _____                 </div> <div style="width: 30%;"></div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles                 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> <b>Hausbesuch</b>  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein                 </div> <div style="width: 45%;"> <b>Therapiebericht</b>  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein                 </div> </div> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Hausbesuch</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Faktor</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Hausbesuch</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Faktor</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Rechnungsnummer</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Belegnummer</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </div>		Hausbesuch	Faktor	Hausbesuch	Faktor		Rechnungsnummer					Belegnummer				<div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">Gesamt-Zuzahlung</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td style="margin-top: 5px;">Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td style="text-align: center;">Faktor</td> <td style="text-align: center;">Heilmittel-Positions-Nr.</td> </tr> <tr> <td style="margin-top: 5px;">Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td style="text-align: center;">Faktor</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="margin-top: 5px;">Wegegeld-/Pauschale</td> <td style="text-align: center;">Faktor</td> <td style="text-align: center;">km</td> </tr> </table> </div>		Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Positions-Nr.	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor		Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km
	Hausbesuch	Faktor	Hausbesuch	Faktor																								
	Rechnungsnummer																											
	Belegnummer																											
	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto																										
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Positions-Nr.																										
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor																											
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">Verordnungsmenge</td> <td style="width: 60%; text-align: center;">Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Anzahl pro Wo.</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>		Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Wo.																								
Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Wo.																										
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Indikationsschlüssel    Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Ggf. Spezifizierung der Therapieziele</p> <hr/> <hr/> <p>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content; margin-left: auto;">                 Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes             </div> </div>																												
<p style="font-size: 8px;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>																												

Original: DIN A5 hoch

**2.18.6 Muster 18.2/E**

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

**Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles**

Datum

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.
  Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Begründung bei Ablehnung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!  
**Empfangsbestätigung durch den Versicherten**  
 Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben.

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Patienten-Unterschrift
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Behandlungsabbruch am

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

KBV-PRF.NR.
Muster 18.2/E (4.2004)

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Original: DIN A5 hoch