



BEISPIEL FÜR DIE VERORDNUNG FÜR ORTHONYXIE IN DER PODOLOGIE

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Heilmittelverordnung 13
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Unfall-folgen				
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input checked="" type="checkbox"/> Podologische Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie
Behandlungsrelevante Diagnose(n)				
ICD-10 - Code				
L60.0		Unguis incarnatus li. oder re. (Nur ein Nagel pro Verordnung)		
UI 1,2 oder 3	Diagnose-gruppe	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	patientenindividuelle Leitsymptomatik <input type="checkbox"/>
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)				
Zum Beispiel : Nagelwachstum mit beginnender Entzündung (UI1)				
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges				
Heilmittel				Behandlungseinheiten
Nagelspangenbehandlung				8
Ergänzendes Heilmittel				
<input type="checkbox"/>	Therapiebericht	Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	Therapie-frequenz	Nach Bedarf
<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)