



# BEISPIEL FÜR DIE VERORDNUNG FÜR ORTHONYXIE IN DER PODOLOGIE

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Heilmittelverordnung 13</b>
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
<b>Behandlungsrelevante Diagnose(n)</b>				
ICD-10 - Code				
L60.0		Unguis incarnatus li. oder re. ( Nur <b>ein Nagel pro</b> Verordnung)		
UI 1,2 oder 3	<b>Diagnose-gruppe</b>	<b>Leitsymptomatik</b> 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)				
<b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b>				
Heilmittel				Behandlungseinheiten
Nagelspangenbehandlung				8
Ergänzendes Heilmittel				
<input type="checkbox"/>	<b>Therapiebericht</b>	<b>Hausbesuch</b> <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	<b>Therapie-frequenz</b>	Nach Bedarf
<input type="checkbox"/>	<b>Dringlicher Behandlungsbedarf</b> innerhalb von 14 Tagen			
<b>ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise</b>				
IK des Leistungserbringers				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
				Muster 13 (10.2020)