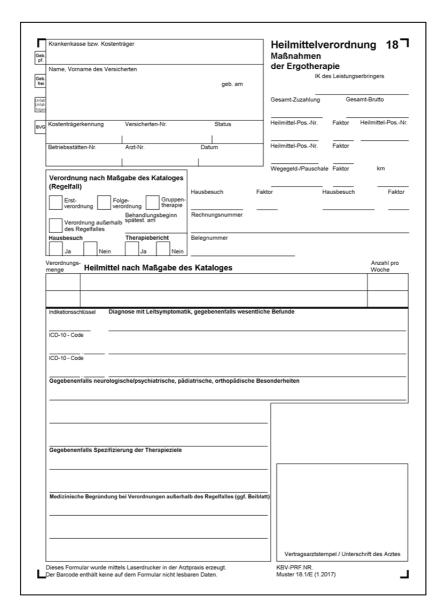
Gebühr pflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Heilmittelverordnun Maßnahmen	g 18						
Gebühr	Name, Vorname des Versicherten	der Ergotherapie							
frei	and and	IK des Leistungserb	ringers						
	geb. am								
Unfall/ Unfall-		Gesamt-Zuzahlung Gesamt	-Brutto						
folgen		desame Zuzumang desame	T T						
BVG	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	Heilmittel-PosNr. Faktor Heil	Imittel-PosNr.						
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	Heilmittel-PosNr. Faktor							
		Wegegeld-/Pauschale Faktor	km						
	Verordnung nach Maßgabe des Kataloges	Wegegeld-/ adscriate Taktor	KIII						
	(Regelfall)								
	Hausbesuch	Faktor Hausbesuch	Faktor						
	Erst- Folge- Gruppen- verordnung verordnung therapie								
	Behandlungsbeginn spätest. am Rechnungsnummer								
	Verordnung außerhalb								
	des Regelfalles Hausbesuch Therapiebericht Belegnummer								
	Hausbesuch Therapiebericht Belegnummer								
	Ja Nein Ja Nein								
	Verordnungs-		Anzahl pro						
	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Woche						
		<b>.</b>							
	Indikationsschlüssel Diagnosa mit Laitsymptomatik nagabanantalls wasantli	che Befunde							
	Indikationsschlüssel Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenemalls wesentliche Befunde								
	ICD-10 - Code								
	ICD-10 - Code								
	Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Bes	andarhaitan							
	degenerialis fleurologische/psychiatrische, padiatrische, orthopadische bes	ondernetten							
	Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele	_							
		_							
		_							
	Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblat	t)							
		— [I]							
		_ [ ]							
		Vertragsarztstempel / Unterschri	ft des Arztes						

Ge	nehmigur	ig der Krankenkasse bei Verordnung	außerhalb	des Regelfalles
	Die verordnete wird genehmig	<b>0</b>		Datum T T M M J J
Beg	ıründung bei	Ablehnung		
			Unterschrift u	and Stempel der Krankenkasse
Bitte	immer unmit	telbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch U	Interschrift qu	littieren lassen!
		estätigung durch den Versiche		
lch b	estätige, die	im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalt ⊤		1
	Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbest	uche)	Unterschrift des Versicherten
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8	\			
9				
10				
		Datum		
	Behandlung	sabbruch am T <sub>I</sub> T M <sub>I</sub> M J <sub>I</sub> J		
Nac	h Rücksprac	he mit dem Arzt:		
	Änderung v	on Gruppen- in Einzeltherapie		
	Abweichung	yon der Frequenz		
Beg	ıründung:			
	-			
			Stempel und L	Interschrift des Leistungserbringers



Original: DIN A5 hoch

## 2.18.8 Muster 18.2/E

Ge	_	-	kasse bei Verordnun	g außerh	alb des Regelfalles
Die verordnete Behandlung wird genehmigt.  Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.					Datum
Beg	ründung be	ei Ablehnung			
_					
_				-	
				_	hrift und Stempel der Krankenkasse
			abe Ihrer Leistungen durch I <b>urch den Versich</b>		ft quittieren lassen!
			führten Behandlungen erha		en
	Datum	Maßnahmen (erhalter	ne Heilmittel, ggf. auch Hausbe	suche)	Unterschrift des Versicher
1					
2					
_					
3					
4					
_					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
		Datur	m		
Ш		ingsabbruch am			
Nac		ache mit dem Arzt:			
$\vdash$	Anderung	g von Gruppen- in Ein:	zeitnerapie		
Ш		ung von der Frequenz			
Beg	ründung:				
				Stempel	und Unterschrift des Leistungserbrin

Original: DIN A5 hoch