

ÜBERBLICK: DIE NEUE HEILMITTELVERORDNUNG RICHTIG AUSFÜLLEN



1 Personalien (Pflichtfeld):

Es müssen alle Personalien angegeben sein, ansonsten kann die Behandlung nicht gestartet werden. Bei Korrekturen und Ergänzungen wird eine erneute Unterschrift des Arztes benötigt.

2 Zuzahlungsfrei und Zuzahlungspflicht (optional):

Durch Ankreuzen kann der verordnende Arzt angeben, ob eine Zuzahlungsbefreiung vorliegt. Sollte dies der Fall sein, lassen Sie sich den Befreiungsausweis des Patienten zeigen. Eine Korrektur ist nicht notwendig.

3 Unfallfolgen (optional):

Wenn es sich um Unfallfolgen handelt, muss dieses Feld angekreuzt sein. Eine Korrektur ist nicht notwendig.

4 BVG (optional):

Wenn es sich um eine Verordnung nach dem BVG handelt, dann muss dieses Feld angekreuzt sein. Eine Korrektur ist nicht notwendig.

5 Heilmittelauswahl (optional):

Durch Ankreuzen kann der Heilmittelbereich ausgewählt werden. Wenn diese Angabe fehlt, sollte der verordnende Arzt darüber informiert werden.

6 Behandlungsrelevante Diagnose(n) (Pflichtfeld):

Die behandlungsrelevante Diagnose muss in Form eines oder mehrerer ICD-10-Codes und/oder als Klartext erfolgen. Spätestens zur Abrechnung mit der Krankenkasse muss die behandlungsrelevante Diagnose vorliegen. Die Spalte für den Text ist sehr klein, daher ist eine korrekte Angabe der ICD-10-Codes extrem wichtig.

7 Diagnosegruppe (Pflichtfeld):

Die Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog gehört zu den Pflichtangaben. Korrekturen und Ergänzungen müssen über den verordnenden Arzt erfolgen.

8 Leitsymptomatik (Pflichtfeld):

Die Leitsymptomatik muss entweder als a, b oder c angekreuzt sein (gemäß Heilmittelkatalog). Sollte es sich um eine patientenindividuelle Leitsymptomatik handeln, muss ein Freitext angegeben werden. Korrekturen sind nach Absprache mit dem verordnenden Arzt möglich.

9 Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges (Pflichtfeld):

Hierbei handelt es sich um eine Pflichtangabe. Korrekturen benötigen eine erneute Unterschrift des Arztes. Werden Angaben ergänzt, muss der Arzt informiert und die Änderung auf der Rückseite dokumentiert werden.

Heilmittelverordnung 13

1 Krankenkasse bzw. Kostenträger

2 Zuzahlungsfrei

3 Zuzahlungspflicht

4 Unfallfolgen

5 BVG

Name, Vorname des Versicherten **1** geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

6 Q05.9 Spina bifida, nicht näher bezeichnet
(Hinweis – Sicherer ist: Pathologisches Fußsyndrom aufgrund der Spina bifida)

7 Diagnosegruppe **QF** **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog **8** ☐ a ☐ b ☒ c ☐ patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Hyperkeratose und pathologisches Nagelwachstum

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel Behandlungseinheiten

Podologische Komplexbehandlung **10** 6

9

Ergänzendes Heilmittel

11

12 ☒ Therapiebericht **13** Hausbesuch ☐ ja ☒ nein **14** Therapiefrequenz alle 4-6 Wochen

15 Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

16

17

IK des Leistungserbringers **18**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

Quelle: https://www.kbv.de/media/sp/Muster_13.pdf; Stand 16.12.2020

10 Behandlungseinheiten (Pflichtfeld):

Die angegebene Behandlungsmenge orientiert sich stark am Heilmittelkatalog. Angaben dürfen nur durch den verordnenden Arzt ergänzt oder verändert werden.

11 Ergänzendes Heilmittel (entfällt):

Ergänzende Heilmittel können gemäß der Heilmittel-Richtlinie nicht verordnet werden.

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben **19**

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1 11.01.2021	Podologische Behandlung groß.	MMU	
2	Befundung		
3			
4 15.02.2021	Pod. Beh. groß. Befundung	MMU	
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers **20**

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers Belegnummer

Behandlungsabbruch **21** T M M J J

Nach Rücksprache mit dem Arzt

☐ Abweichung von der Frequenz

Änderung in Gruppen- ☐ Einzel- therapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers **22**

14 Therapiefrequenz (Pflichtfeld):

Eine Therapiefrequenz oder Frequenzspanne muss angegeben sein. Orientierungswerte sind im Heilmittelkatalog zu finden. Korrekturen sind nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt möglich. Wenn keine Frequenzangabe vorhanden ist, dann gilt automatisch die Frequenzempfehlung "alle 4 bis 6 Wochen".

15 Dringlicher Behandlungsbedarf (optional):

Ist angekreuzt, wenn die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen starten muss. Grundsätzlich beginnt eine Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen. Eine Aufhebung des dringlichen Behandlungsbedarfs kann nur durch den Arzt erfolgen.

16 Ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise (optional):

Optionale Angabe des verordnenden Arztes.

17 Vertragsarztstempel (Pflichtfeld)

18 IK des Leistungserbringers (Pflichtfeld):

Von Ihnen als Therapeut auszufüllen.

19 Empfangsbestätigung durch den Versicherten (Pflichtfeld):

Geleistete Maßnahmen sind am Tag der Leistungserbringung verständlich mit Datum und Initialen des abgebenden Leistungserbringers zu dokumentieren. Korrekturen müssen vom Versicherten mit Unterschrift abgezeichnet werden.

20 Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers (Pflichtfelder)

21 Behandlungsabbruch (optional):

Bei Behandlungsabbruch müssen Grund und Datum vermerkt werden.

22 Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers (Pflichtfeld)

KÜRZELDIAGNOSTIK

Die Dokumentation bleibt auch mit den neuen Verordnungen eine zentrale Säule der podologischen Behandlung. Mit unserer Karteikartenkürzel-Übersicht können Sie den Großteil Ihrer Behandlung in verständlichen Kürzeln wiedergeben.

Hier online ansehen:
<https://qr.de/Kuerzeldiagnostik>