

Gebührpflichtig Krankenkasse bzw. Kostenträger
AOK Bayern Die Gesundh.

Gebührfrei Name, Vorname des Versicherten
Mustermann Hermann geb. am **12.04.54**

Unfall-/Unfallfolgen
D 91332 Heiligenstadt

BVG Kostenträgerkennung **108310400** Versicherten-Nr. **1000000** Status **1000000**

Betriebsstätten-Nr. **661911100** Arzt-Nr. **885052803** Datum **30.10.18**

Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung
 Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Heilmittel-Pos.-Nr.

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles **T T M M J J**

Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja Nein

Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnungsmenge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges** Anzahl pro Woche

10	Motorisch-funktionelle Behandlung in Form von 5 Doppelbehandlungen	1-5
----	--	-----

Indikationsschlüssel **EN 2** Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde
Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung; Einschränkung der Beweglichkeit, Geschicklichkeit

ICD-10 - Code **G 20 1 -**

ICD-10 - Code

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Verbesserung der körperlichen Beweglichkeit und der Geschicklichkeit

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Tel. |

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Gebührpflichtig Krankenkasse bzw. Kostenträger
AOK Bayern Die Gesundh.

Gebührfrei Name, Vorname des Versicherten
Mustermann Hermann geb. am **12.04.54**

Unfall-/Unfallfolgen
D 91332 Heiligenstadt

BVG Kostenträgerkennung **108310400** Versicherten-Nr. **1000000** Status **1000000**

Betriebsstätten-Nr. **661911100** Arzt-Nr. **885052803** Datum **10.11.18**

Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung
 Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Heilmittel-Pos.-Nr.

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles **T T M M J J**

Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja Nein

Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnungsmenge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges** Anzahl pro Woche

10	Motorisch-funktionelle Behandlung in Form von 5 Doppelbehandlungen	1-5
----	--	-----

Indikationsschlüssel **EN 2** Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde
Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung; Einschränkung der Beweglichkeit, Geschicklichkeit

ICD-10 - Code **G 20 1 -**

ICD-10 - Code

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Verbesserung der körperlichen Beweglichkeit und der Geschicklichkeit

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Tel. |

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger
AOK Bayern Die Gesundh.

Gebührpflicht.

Name, Vorname des Versicherten
Mustermann Hermann

geb. am **12.04.54**

IK des Leistungserbringers

Unfall-/Unfallfolgen

D 91332 Heiligenstadt

BVG

Kostenträgerkennung **108310400** Versicherten-Nr. **1000000** Status

Betriebsstätten-Nr. **661911100** Arzt-Nr. **885052803** Datum **16.11.18**

Heilmittelverordnung 18
Maßnahmen der Ergotherapie

Gesamt-Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Heilmittel-Pos.-Nr.

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Heilmittel-Pos.-Nr.

Wegegeld-/Pauschale Faktor km

Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles Behandlungsbeginn spätestens am **T T M M J J**

Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja Nein

Verordnungsmenge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges** Anzahl pro Woche

10	Motorisch-funktionelle Behandlung in Form von 5 Doppelbehandlungen	1-5
----	--	-----

Indikationsschlüssel **EN 2** Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

ICD-10 - Code **G 2 0 . 1 -** **Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung; Einschränkung der Beweglichkeit, Geschicklichkeit**

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Verbesserung der körperlichen Beweglichkeit und der Geschicklichkeit

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Handwritten signature: M. Pils

Handwritten mark: Tel.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger
AOK Bayern Die Gesundh.

Gebührpflicht.

Name, Vorname des Versicherten
Mustermann Hermann

geb. am **12.04.54**

IK des Leistungserbringers

Unfall-/Unfallfolgen

D 91332 Heiligenstadt

BVG

Kostenträgerkennung **108310400** Versicherten-Nr. **1000000** Status

Betriebsstätten-Nr. **661911100** Arzt-Nr. **885052803** Datum **23.11.18**

Heilmittelverordnung 18
Maßnahmen der Ergotherapie

Gesamt-Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Heilmittel-Pos.-Nr.

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Heilmittel-Pos.-Nr.

Wegegeld-/Pauschale Faktor km

Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles Behandlungsbeginn spätestens am **T T M M J J**

Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja Nein

Verordnungsmenge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges** Anzahl pro Woche

6	Motorisch-funktionelle Behandlung in Form von 5 Doppelbehandlungen	1-5
---	--	-----

Indikationsschlüssel **EN 2** Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

ICD-10 - Code **G 2 0 . 1 -** **Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung; Einschränkung der Beweglichkeit, Geschicklichkeit**

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Verbesserung der körperlichen Beweglichkeit und der Geschicklichkeit

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Handwritten signature: M. Pils

Handwritten mark: Tel.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes