

Handout Blankoverordnung für Klient*innen

1. Adressfeld (Name und Anschrift Klient*in) muss ausgefüllt sein
2. Kostenträger/Versichertennummer/Arztnummer Betriebsstätten-Nr./ Ausstellungsdatum muss ausgefüllt sein
3. Kreuz bei Ergotherapie gesetzt
4. ICD 10 Code ausgefüllt, die Diagnose auszuschreiben ist nicht erforderlich)
5. Diagnosegruppe ausgefüllt (Blanko ist nur bei PS3/PS4 möglich!)
 - PS3 alle Diagnosen von F10.-F39, es dürfen allerdings zusätzliche Diagnosen aus anderen Diagnosegruppen dabeistehen.
 - PS4 dementielle Syndrome
6. Kreuz bei Leitsymptomatik gesetzt (patientenindividuelle Leitsymptomatik angekreuzt erfordert einen Freitext!)
7. Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges: Es muss das Wort „BLANKOVERORDNUNG“ dort stehen
8. Behandlungseinheiten und Frequenz bleibt leer
9. Therapiebericht optional
10. Bei Ausstellung ist die 28 Tage Frist zwischen dem Datum der Ausstellung und Start des ersten/nächsten Termins unbedingt zu beachten!
11. Optional: Bei einem dringlichen Behandlungsbeginn reduziert sich die bei 10. beschriebene Frist auf 14 Tage!
12. Mögliche Änderungen auf einer Heilmittelverordnung durch den Arzt werden immer durch Stempel, Datum und Unterschrift ergänzt

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger Handelskrankenkasse		Heilmittelverordnung 13	
☒ Nicht pflicht	Name, Vorname des Versicherten Martine Muster		geb. am	01.03.1964
Unfall- folgen	Musterweg 1 12345 Musterhausen			
BVG	Kostenträgerkennung 101786809	Versicherten-Nr. 999999966	Status 1	
	Betriebsstätten-Nr. 999999999	Arzt-Nr. 916065210	Datum 01.04.2024	
Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code F33.1				
Diagnose- gruppe PS3		Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog ☒ a ☐ b ☐ c		patientenindividuelle Leitsymptomatik ☐
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)				
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges				
Heilmittel		Behandlungseinheiten		
BLANKOVERORDNUNG				
Ergänzendes Heilmittel				
☐ Therapiebericht		Hausbesuch ☐ ja ☒ nein		Therapie- frequenz
☐ Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen				
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise				
Dr. Beispiel Orthopädin - 916065210 Beispielweg 1 12345/Musterhausen 02345 - 678910 Fax 02345 - 678911 Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes				
IK des Leistungserbringers				
Nr. 30130 • www.praxisformulare.de • OrthoPrint Consulting GmbH • Freiburgerstr. 21 • 58513 Lüdenscheid				
Muster 13 (10.2020)				