

Handout HMT 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
6. Kreuz bei Leitsymptomatik gesetzt (patientenindividuelle Leitsymptomatik angekreuzt erfordert einen Freitext!)
7. Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges: „Psychisch funktionelle Behandlung“ (am besten für die Behandlung bei Interpassus noch den Zusatz anfügen: „Einzel oder Gruppe“, da wir vor allem im Gruppensetting arbeiten und sonst eine Änderung in Gruppentherapie erfragt werden muss)
8. Therapiebericht optional
9. Bei Ausstellung ist die 28 Tage Frist zwischen dem Datum der Ausstellung und Start des ersten/nächsten Termins unbedingt zu beachten!
10. Optional: Bei einem dringlichen Behandlungsbeginn reduziert sich die bei 9. beschriebene Frist auf 14 Tage!
11. 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 F41.0																
Diagnosegruppe PS2 Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog ☒ a ☐ b ☐ c patientenindividuelle Leitsymptomatik ☐ Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</th> <th>Heilmittel</th> <th>Behandlungseinheiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psychisch funktionelle Behandlung Einzel oder Gruppe</td> <td></td> <td>20</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ergänzendes Heilmittel</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Heilmittel	Behandlungseinheiten	Psychisch funktionelle Behandlung Einzel oder Gruppe		20				Ergänzendes Heilmittel		
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Heilmittel	Behandlungseinheiten														
Psychisch funktionelle Behandlung Einzel oder Gruppe		20														
Ergänzendes Heilmittel																
☐ Therapiebericht Hausbesuch ☐ ja ☒ nein Therapiefrequenz 1-3x																
☐ Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise																
IK des Leistungserbringers Dr. Beispiel Orthopädin - 916065210 Beispielweg 1 12345/Musterhausen 02345 - 678910 Fax 02345 - 678911 Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes																
Muster 13 (10.2020)																