

Aktuelle Bestimmungen der Krankenkassen für die diabetische Fußpflege

Um unnötigen Wegen vorzubeugen, bitten wir Sie, die Heilmittelverordnungen für die podologische Behandlung nach diesem Muster von Ihrem Arzt ausfüllen zu lassen.

Muster

<small>Gebührpflicht.</small>	<small>Krankenkasse bzw. Kostenträger</small>		Heilmittelverordnung 13 Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie <small>IK des Leistungserbringers</small> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="border: none;">Gesamt-Zuzahlung</td><td style="border: none;">Gesamt-Brutto</td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="text"/></td><td style="border: none;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td style="border: none;"><small>Heilmittel-Pos.-Nr.</small></td><td style="border: none;"><small>Faktor</small></td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="text"/></td><td style="border: none;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td style="border: none;"><small>Heilmittel-Pos.-Nr.</small></td><td style="border: none;"><small>Faktor</small></td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="text"/></td><td style="border: none;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td style="border: none;"><small>Wegegeld-/Pauschale</small></td><td style="border: none;"><small>Faktor</small></td><td style="border: none;"><small>km</small></td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="text"/></td><td style="border: none;"><input type="text"/></td><td style="border: none;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td style="border: none;"><small>Hausbesuch</small></td><td style="border: none;"><small>Faktor</small></td><td style="border: none;"><small>Hausbesuch</small></td><td style="border: none;"><small>Faktor</small></td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="text"/></td><td style="border: none;"><input type="text"/></td><td style="border: none;"><input type="text"/></td><td style="border: none;"><input type="text"/></td></tr> </table>	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<small>Heilmittel-Pos.-Nr.</small>	<small>Faktor</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<small>Heilmittel-Pos.-Nr.</small>	<small>Faktor</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<small>Wegegeld-/Pauschale</small>	<small>Faktor</small>	<small>km</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<small>Hausbesuch</small>	<small>Faktor</small>	<small>Hausbesuch</small>	<small>Faktor</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto																												
<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
<small>Heilmittel-Pos.-Nr.</small>	<small>Faktor</small>																												
<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
<small>Heilmittel-Pos.-Nr.</small>	<small>Faktor</small>																												
<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
<small>Wegegeld-/Pauschale</small>	<small>Faktor</small>	<small>km</small>																											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
<small>Hausbesuch</small>	<small>Faktor</small>	<small>Hausbesuch</small>	<small>Faktor</small>																										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
<small>Gebührfrei</small>	<small>Name</small>	<small>Versicherten</small>																											
<small>Unfall-/Unfallfolgen</small>	<small>Kasse</small>	<small>Datum</small>																											
<small>BVG</small>	<small>Betriebsstätten-Nr.</small>	<small>Arzt-Nr.</small>																											
<small>EWV/CH</small>																													

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)		
<input checked="" type="checkbox"/> Erstverordnung	<input type="checkbox"/> Folgeverordnung	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie
<small>Behandlungsbeginn spätestens am</small>		
<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles		
<small>Rechnungsnummer</small>		
<input type="text"/>		
<small>Belegnummer</small>		
<input type="text"/>		

<small>Verordnungsmenge</small>	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	<small>Anzahl pro Woche</small>
3x	podologische Komplexbehandlung	4-6
		Wochen

<small>Indikationsschlüssel</small>	<small>Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde</small>
DFC	Diabetes mellitus, diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und/ oder Angiopathie, Wagner 0
<small>Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele</small>	
z.B.: zur Vermeidung von Nagelwall-, Nagelbettentzündungen, Hautschäden usw.	
<small>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)</small>	

Praxisstempel mit Unterschrift

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (7.2008)

Vielen Dank.
Ihre Podologische Praxis Norderstedt