

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

Heilmittelverordnung 13
Maßnahmen der
Physikalischen Therapie/
Podologischen Therapie

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuordnung

Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr.

Faktor

Heilmittel-Pos.-Nr.

Faktor

Wegegeld-/Pauschale

Faktor

Haarbandage

Faktor

Arm

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Einzelverordnung Folgeverordnung Gruppenverordnung

Verordnung außerhalb des Regelfalles Behandlungsbeginn spätestens am

Hausbesuch
 Ja Nein

Therapiebericht
 Ja Nein

Hausbesuch

Rechnungsnummer

Belegnummer

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

Indikationskriterien Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

DFC **Diabetes mellitus, diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und/ oder Angiopathie, Wagner 0**

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele
z.B.: zur Vermeidung von Nagelwall-, Nagelbettentzündungen, Hautschäden usw.

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

Praxisstempel mit Unterschrift

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Paul Arztschein Verlag, 20552 Lahrweiler

Muster 13 (7.2009)