

# Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall-folgen	geb. am		
	<b>Muster für podologische VO bei Diabetischem Fußsyndrom</b>		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

- Physiotherapie
- Podologische Therapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Ergotherapie
- Ernährungstherapie

## Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

**E11.74**

Es gelten die ICD Codes E10.74, E10.75, E11.74, E11.75  
E12.74, E12.75, E13.74, E13.75, E14.74, E14.75

**G63.2**

Andere Diabetes ICD Codes müssen durch "Polyneuropathie"  
als ICD Code oder im Text ergänzt werden. ( G63.2 )

Diagnose-gruppe

**DF**

Leitsymptomatik  
gemäß Heilmittelkatalog

a

b

c

patientenindividuelle  
Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

**Podologische Behandlung**

**Bis zu 6**

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht    Hausbesuch  ja     nein

Therapie-frequenz **4-6 Wochen**

Dringlicher Behandlungsbedarf  
innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

*Muster erstellt von :*

*Podologiepraxis Schildhauer  
Kurt Schumacher Str. 34  
30159 Hannover*

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

