

Vorlagen Heilmittelverordnungen



Alle Spangen von 3TO sind Bestandteil des Heilmittelkataloges und somit für kassenzugelassene Podologen und Podologinnen abrechenbar, wenn sie von einem Arzt verordnet werden.

Auf den folgenden beiden Seiten werden beispielhaft Verordnungen dargestellt.

Alle weiteren Informationen, sowie die Heilmittelpositionsnummern und Vergütungen finden Sie in der Broschüre „Abrechnung von Orthonyxiespangen“.

U1 – einteilige Spange (PODOSTRIPE, podofix, COMBIped):

Zustellungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Heilmittelverordnung 13 <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input checked="" type="checkbox"/> Podologische Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie
Zustellungspflicht	Name, Vorname des Versicherten	
Unfallfolgen	geb. am	
BVG	Kostenträgerkennung	
	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
	Datum	
Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code L60.0 Ung. inc.* * Lokalisation wird oft bei ICD-10-Code angegeben (aber nicht erforderlich), muss aber immer auf der Rückseite im Feld Begründung angegeben werden		
Diagnosegruppe U11 Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog <input checked="" type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik <input type="checkbox"/> Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)		
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Heilmittel Nagelkorrekturspange		
		Behandlungseinheiten 8
Ergänzendes Heilmittel		
<input type="checkbox"/> Therapiebericht <input type="checkbox"/> Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Therapiefrequenz Bestimmt der Therapeut (<=12 Wochen) <input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen Mit Kontrolle >12 Wochen möglich ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise		
IK des Leistungserbringers		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes Muster 13 (10.2020)		

Empfangsbestätigung durch den Versicherten			
Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben			
Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1	Erstbefundung groß (oder klein)**	** Erstbef. groß	max 1x jährlich pro Pat.
2	Anpassen einteilig		
3	Anpassen einteilig		
4	Kontrolle (nur wenn notwendig)		
5	Anpassen einteilig		
6	Anpassen einteilig		
7	Anpassen einteilig		
8	Anpassen einteilig		
9	Abschluss / Anpassen mehrteilig (wenn Therapie fortgeführt wird)		
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
Abrechnungsdaten des Heilmittelersbringers			
Rechnungsnummer			
IK des Leistungserbringers			
Belegnummer			
Behandlungsabbruch <input type="checkbox"/> Nach Rücksprache mit dem Arzt <input type="checkbox"/> Abweichung von der Frequenz Änderung in <input type="checkbox"/> Gruppen- <input type="checkbox"/> Einzel- therapie therapie Begründung U1 (oder 2, 3, 4, 5) rechts (oder links)			
Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers			

U1 – mehrteilige Spange (3TO-Spange):

Zustellungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Heilmittelverordnung 13 <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input checked="" type="checkbox"/> Podologische Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie
Zustellungspflicht	Name, Vorname des Versicherten	
Unfallfolgen	geb. am	
BVG	Kostenträgerkennung	
	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
	Datum	
Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code L60.0 Ung. inc.* * Lokalisation wird oft bei ICD-10-Code angegeben (aber nicht erforderlich), muss aber immer auf der Rückseite im Feld Begründung angegeben werden		
Diagnosegruppe U11 Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog <input checked="" type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik <input type="checkbox"/> Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)		
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Heilmittel Nagelkorrekturspange		
		Behandlungseinheiten 8
Ergänzendes Heilmittel		
<input type="checkbox"/> Therapiebericht <input type="checkbox"/> Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Therapiefrequenz Bestimmt der Therapeut (<=12 Wochen) <input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen Mit Kontrolle >12 Wochen möglich ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise		
IK des Leistungserbringers		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes Muster 13 (10.2020)		

Empfangsbestätigung durch den Versicherten			
Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben			
Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1	Erstbefundung groß (oder klein)**	** Erstbef. groß	max 1x jährlich pro Pat.
2	Anpassen mehrteilig		
3	Anpassen mehrteilig		
4	Kontrolle (nur wenn notwendig)		
5	Anpassen mehrteilig		
6	Anpassen mehrteilig		
7	Anpassen mehrteilig		
8	Anpassen mehrteilig		
9	Abschluss / Anpassen mehrteilig (wenn Therapie fortgeführt wird)		
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
Abrechnungsdaten des Heilmittelersbringers			
Rechnungsnummer			
IK des Leistungserbringers			
Belegnummer			
Behandlungsabbruch <input type="checkbox"/> Nach Rücksprache mit dem Arzt <input type="checkbox"/> Abweichung von der Frequenz Änderung in <input type="checkbox"/> Gruppen- <input type="checkbox"/> Einzel- therapie therapie Begründung U1 (oder 2, 3, 4, 5) rechts (oder links)			
Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers			

UI2 – einteilige Spange (PODOSTRIPE, podofix, COMBIped)

Heilmittelverordnung 13

Zustellungsfrei: Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zustellungspflicht: Name, Vorname des Versicherten geb. am

Unfallfolgen: Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

BVG: Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code: L60.0 Ung. inc.*
* Lokalisation wird oft bei ICD-10-Code angegeben (aber nicht erforderlich), muss aber immer auf der Rückseite im Feld *Begründung* angegeben werden

Diagnosegruppe UI2 Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog ☒ a ☐ b ☐ c patientenindividuelle Leitsymptomatik ☐
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Nagelkorrekturspange	4
Ergänzendes Heilmittel	

☒ Therapiebericht Hausbesuch ☐ ja ☒ nein Therapiefrequenz Bestimmt der Therapeut (<=12 Wochen)

☐ Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen Mit Kontrolle >12 Wochen möglich

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 13 (10.2020)

Empfangsbestätigung durch den Versicherten
Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1	Erstbefundung groß (oder klein)**	** Erstbef. groß	max 1x jährlich pro Pat.
2	Anpassen einteilig		
3	Kontrolle		
4	Anpassen einteilig		
5	Abschluss / Anpassen mehrteilig (wenn Therapie fortgeführt wird)		
6	Therapiebericht		
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers Belegnummer

Behandlungsabbruch: T T M M J J Nach Rücksprache mit dem Arzt ☐ Abweichung von der Frequenz

Änderung in Gruppen- ☐ Einzel- ☐ therapie

Begründung: U1 (oder 2, 3,4,5) rechts (oder links)

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

UI2 – mehrteilige Spange (3TO-Spange):

Heilmittelverordnung 13

Zustellungsfrei: Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zustellungspflicht: Name, Vorname des Versicherten geb. am

Unfallfolgen: Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

BVG: Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code: L60.0 Ung. inc.*
* Lokalisation wird oft bei ICD-10-Code angegeben (aber nicht erforderlich), muss aber immer auf der Rückseite im Feld *Begründung* angegeben werden

Diagnosegruppe UI2 Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog ☒ a ☐ b ☐ c patientenindividuelle Leitsymptomatik ☐
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Nagelkorrekturspange	4
Ergänzendes Heilmittel	

☒ Therapiebericht Hausbesuch ☐ ja ☒ nein Therapiefrequenz Bestimmt der Therapeut (<=12 Wochen)

☐ Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen Mit Kontrolle >12 Wochen möglich

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 13 (10.2020)

Empfangsbestätigung durch den Versicherten
Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1	Erstbefundung groß (oder klein)**	** Erstbef. groß	max 1x jährlich pro Pat.
2	Anpassen mehrteilig		
3	Kontrolle		
4	Anpassen mehrteilig		
5	Abschluss / Anpassen mehrteilig (wenn Therapie fortgeführt wird)		
6	Therapiebericht		
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers Belegnummer

Behandlungsabbruch: T T M M J J Nach Rücksprache mit dem Arzt ☐ Abweichung von der Frequenz

Änderung in Gruppen- ☐ Einzel- ☐ therapie

Begründung: U1 (oder 2, 3,4,5) rechts (oder links)

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers



Herausgeber:

3TO GmbH • Tölzer Straße 65 • 82041 Deisenhofen
Tel.: 089/45 20 833-0 • Fax: 089/ 45 20 833-99
info@3to-gmbh.de • www.3to.de

©3TO GmbH 2023: Vervielfältigung, Nachdruck und elektronische Erfassung dieser Unterlagen sowie ihres Inhalts sind, auch auszugsweise, nicht gestattet, soweit nicht ausdrücklich schriftlich zugestanden. 3TO-Spange®, 3TO-loop®, PODOSTRIPE®, podofix®, COMBIped® und PediGel® sind eingetragene Markenzeichen und dürfen nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung der 3TO GmbH verwendet werden. Zuwiderhandlungen verpflichten zu Schadensersatz.