

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“.

UI1 – einteilige Spange (PODOSTRIPE, podofix, COMBIped):

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 Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers Belegnummer

Behandlungsabbruch Nach Rücksprache mit dem Arzt
 Abweichung von der Frequenz
 Änderung in Gruppen-therapie Einzel-therapie

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

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringens

UI1 – mehrteilige Spange (3TO-Spange):

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 Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers
 Belegnummer

Behandlungsabbruch
 Nach Rücksprache mit dem Arzt
 Abweichung von der Frequenz

Änderung in
 Gruppen-therapie Einzel-therapie

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

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

UI2 – einteilige Spange (PODOSTRIPE, podofix, COMBIped)

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten
Unfall-folgen	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
Diagnose- gruppe	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog
	<input checked="" type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c patientenindividuelle Leitsymptomatik
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)	
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	
Heilmittel	Nagelkorrekturspange
	Behandlungseinheiten 4
Ergänzendes Heilmittel	
<input checked="" type="checkbox"/> Therapiebericht Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Therapie- frequenz Bestimmt der Therapeut (<=12 Wochen) <input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise	
<input type="checkbox"/> Therapiebericht Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Therapie- frequenz Mit Kontrolle >12 Wochen möglich	
IK des Leistungserbringers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 Hausbesuch)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1	Erstbefundung groß (oder klein**)	** Erstbef. groß max 1x jährlich pro Pat.	
2	Anpassen einteilig		
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 Heilmittelerbringens			
Rechnungsnummer			
IK des Leistungserbringers Belegnummer			
Behandlungsabbruch	Nach Rücksprache mit dem Arzt <input type="checkbox"/> Abweichung von der Frequenz		
T T M M J J	Änderung in <input type="checkbox"/> Gruppen-therapie <input type="checkbox"/> Einzel-therapie		
Begründung	U1 (oder 2, 3, 4, 5) rechts (oder links)		
Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers			

UI2 – mehrteilige Spange (3TO-Spange):

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten
Unfall-folgen	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
Diagnose- gruppe	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog
	<input checked="" type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c patientenindividuelle Leitsymptomatik
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)	
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	
Heilmittel	Nagelkorrekturspange
	Behandlungseinheiten 4
Ergänzendes Heilmittel	
<input checked="" type="checkbox"/> Therapiebericht Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Therapie- frequenz Bestimmt der Therapeut (<=12 Wochen) <input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise	
<input checked="" type="checkbox"/> Therapiebericht Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Therapie- frequenz Mit Kontrolle >12 Wochen möglich	
IK des Leistungserbringers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 Hausbesuch)	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 Heilmittelerbringens			
Rechnungsnummer			
IK des Leistungserbringers Belegnummer			
Behandlungsabbruch	Nach Rücksprache mit dem Arzt <input type="checkbox"/> Abweichung von der Frequenz		
T T M M J J	Änderung in <input type="checkbox"/> Gruppen-therapie <input type="checkbox"/> 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. Zu widerhandlungen verpflichten zu Schadensersatz.