Formular drucken

Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie

Unfallversicherungsträger

Name, Vorname des Versicherten | Geburtsdatum

Mit der Annahme der Verordnung erklärt der Praxisinhaber, dass er die Regelungen der Vereinbarung zwischen den Physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennt. Insbesondere erklärt er, dass er die fachlichen Anforderungen erfüllt und die vereinbarten Gebühren akzeptiert. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch. Die aktuelle Vereinbarung ist unter http://www.hvbg.de/d/pages/reha/verguet/index.html verfügbar.

Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)

Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort

Diagnose

Unfalltag

1 Leistungsziffer (s. Folgeseite):	**Leistungsziffer** (s. Folgeseite):	**Leistungsziffer** (s. Folgeseite):	**Leistungsziffer** (s. Folgeseite):
8602	8602	8602	8602
Anzahl der Behandlungen insgesamt: 10	Anzahl der Behandlungen insgesamt: 10	Anzahl der Behandlungen insgesamt: 10	Anzahl der Behandlungen insgesamt: 10
Behandlungstage pro Woche: 7	Behandlungstage pro Woche: 7	Behandlungstage pro Woche: 7	Behandlungstage pro Woche: 7

2 **Nur auszufüllen bei Überschreiten der Regel-Zeitintervalle (siehe Folgeseite)**

Die Behandlungszeiten ergeben sich aus dem gültigen Leistungsverzeichnis. Soweit medizinisch notwendig für einzelne Leistungsziffern die vorgegebenen Behandlungseinheiten oder Zeitintervalle[1)] pro Tag (s. Folgeseite) überschritten werden sollen, ist dies nachfolgend unter Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten und der Zeitintervalle zu begründen!

Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:
Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:
Gründe:	Gründe:	Gründe:	Gründe:

3 Begründung für eine Weiterverordnung nach einer Behandlungszeit von 4 Wochen:

4 Behandlungsbeginn am

Stempel des D-/H-Arztes

Datum

Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am

(spätestens alle 14 Tage)

Unterschrift des D-/H-Arztes

Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite benutzen!

1) Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlung von 10 Minuten.

Übersicht über Leistungsziffern, -beschreibungen und Zeitintervalle[1] pro Behandlungseinheit
(bei allen Leistungen ist im Regelfall **eine** Behandlungseinheit pro Behandlungstag zu Grunde zu legen)

8101 (9101)[2] Krankengymnastische Behandlung auch auf neurophysiologischer Grundlage *Regel-Zeitintervalle: 2* **8102 (9102)[2]** Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Kind *Regel-Zeitintervalle: 4* **8103 (9103)[2]** Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Erwachsenen *Regel-Zeitintervalle: 3* **8104 (9104)[2]** Krankengymnastische Behandlung in Gruppen ab 3 Teilnehmer *Regel-Zeitintervalle: 2* **8105 (9105)[2]** Krankengymnastik im Bewegungsbad (+) *Regel-Zeitintervalle: 2* **8106 (9106)[2]** Krankengymnastik im Bewegungsbad in Gruppen (+) *Regel-Zeitintervalle: 2* **8107 (9107)[2]** Manuelle Therapie *Regel-Zeitintervalle: 2*	**8201 (9201)[2]** Wärmeanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (alle Wärmestrahler) *Regel-Zeitintervall: 1* **8202 (9202)[2]** Heiße Rolle bei einem oder mehreren Körperabschnitten *Regel-Zeitintervalle: 2* **8203 (9203)[2]** Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen (+) *Regel-Zeitintervalle: 2* **8204 (9204)[2]** Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung eines Körperabschnittes (+) *Regel-Zeitintervalle: 2* **8205 (9205)[2]** Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Doppelpackung, zwei Körperabschnitte (+) *Regel-Zeitintervalle: 2* **8206 (9206)[2]** Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (Kompresse, Eisbeutel, Peloide, Eisteilbad) *Regel-Zeitintervall: 1* **8207 (9207)[2]** Apparative Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperteilen (Kaltgas, Kaltluft)	**8301 (9301)[2]** Elektrobehandlung einzelner oder mehrerer Körperabschnitte mit Reizströmen *Regel-Zeitintervalle: 2* **8302 (9302)[2]** Elektrogymnastik einzelner oder mehrerer Körperabschnitte bei Lähmungen *Regel-Zeitintervalle: 2* **8303 (9303)[2]** Behandlung einzelner oder mehrerer Körperabschnitte mit Ultraschall *Regel-Zeitintervall: 1* **8304 (9304)[2]** Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Iontophorese (ohne Medikamente) *Regel-Zeitintervall: 1*	**8401 (9401)[2]** Klassische Massage sowie Spezialmassage **8402 (9402)[2]** Manuelle Lymphdrainage eines Körperabschnitts *Regel-Zeitintervalle: 3* **8403 (9403)[2]** Manuelle Lymphdrainage zweier oder mehrerer Körperabschnitte *Regel-Zeitintervalle: 4* **8403 a (9403 a)[2]** Kompressionsbandagierung **8405 (9405)[2]** Hand-, Fußbad mit Zusatz (+) **8407 (9407)[2]** Gashaltiges Bad (+) **8409 (9409)[2]** Hydroelektrisches Vollbad (+) **8410 (9410)[2]** Zwei- und Vierzellenbad **8412 (9412)[2]** Unterwasserdruckstrahlmassage (+) **8413 (9413)[2]** Chirogymnastik **8414 (9414)[2]** Extensionsbehandlung	**8501 (9501)[2]** Einzelinhalation *Regel-Zeitintervall: 1* **8502 (9502)[2]** Rauminhalation *Regel-Zeitintervall: 1* **8601 (9601)[2]** Zusätzlich ärztlich verordnete Ruhe **8602 (9602)[2]** Ärztlich verordneter Hausbesuch

[1]) Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten.
[2]) Die mit „8“ beginnenden Ziffern entsprechen der Vereinbarung mit den Verbänden der physiotherapeutischen Berufe. Die mit „9“ beginnenden Ziffern entsprechen dem BG-Nebenkostentarif bei ambulanter Leistungserbringung durch ein Krankenhaus.
(+) Bei allen mit (+) gekennzeichneten Positionen ist die erforderliche Nachruhe Bestandteil des Vergütungssatzes.

Bestätigung der Leistungserbringung durch den Versicherten

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Datum

Unterschrift Therapeut

Stempel Therapeutische Praxis