

Anlage 3
(notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung
und einheitliche Regelungen zur Abrechnung „Ärzte“)

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Podologie
und deren Vergütung
vom 30.11.2020
einschließlich der Änderungsvereinbarungen
in der Fassung vom 13.06.2022 und vom 17.06.2024

Inhaltsverzeichnis

1. Ziel der Anlage.....	3
2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken.....	3
3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Ärztin oder den Arzt..	3
4. Korrekturmöglichkeit --form und -zeitpunkt	4
5. Verordnungsdaten	6

1. Ziel der Anlage

Nach den bestehenden gesetzlichen Regelungen und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind die zugelassenen Leistungserbringer im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung verpflichtet, Verordnungen aus ihrer professionellen Sicht auf zumutbar erkennbare Fehler und Vollständigkeit hin zu überprüfen. Diese Anlage soll sicherstellen, dass der Leistungserbringer fehlerhafte oder unvollständig ausgefüllte Verordnungen besser erkennen kann. Sie gibt ihm einheitliche Regularien zu Korrekturmöglichkeiten, –form und –zeitpunkt. Diese Anlage berücksichtigt dabei die Anlage 3 zur Heilmittel–Richtlinie. Dies trägt dazu bei, dass mögliche Fehler rechtssicher behoben werden können und Rechnungskürzungen und Nullretaxationen nur in berechtigten Fällen erfolgen.

Die im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden oder im Hauptvertrag zu dieser Anlage vereinbarten Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.

2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken

Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 13 Heilm–RL ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck gemäß des Bundesmantelvertrages (BMV–Ä) verordnet werden. Der Verordnungsvordruck ist in Anlage 2 oder Anlage 2a (Blankoformularbedruckung) des BMV–Ä und in den Vordruckerläuterungen näher beschrieben. Für die Verordnung von Heilmitteln sind die Verordnungsmuster 13 oder Verordnungsmuster 13E (Blankoformularbedruckung) vorgesehen.

3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Ärztin oder den Arzt

Ein Vergütungsanspruch des zugelassenen Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer gemäß § 16 Absatz 1 Heilm–RL ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Ist die Heilmittelverordnung nicht ordnungsgemäß ausgestellt, ist der Behandlungsvertrag gegenüber der Krankenkasse schwebend unwirksam. Die Behandlung kann jedoch begonnen werden, wenn nachfolgende Angaben auf der Verordnung enthalten sind:

- Angaben im Personalienfeld,
- Diagnose,

- konkretes Heilmittel,
- Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes.

Eine Verordnung kann, z. B. im Rahmen eines Hausbesuchs der Ärztin oder des Arztes, auch handschriftlich ausgefüllt sein.

4. Korrekturmöglichkeit –form und –zeitpunkt

- (1) Sind einzelne Verordnungen nicht vollständig oder erkennbar falsch bedruckt, kann der zugelassene Leistungserbringer diese bis zur Abrechnung in der nachfolgend beschriebenen Form korrigieren bzw. ergänzen oder eine ärztliche Ergänzung und/oder Korrektur anstoßen.
- (2) Soweit in Ziffer 5 Korrekturmöglichkeiten auch nach der Abrechnung eingeräumt werden, gilt folgendes Verfahren: Fällt in der Abrechnung durch die Krankenkasse auf, dass eine oder mehrere Angaben auf der Vorder- oder Rückseite der Verordnung fehlen oder erkennbar falsch sind, setzt die Krankenkasse die Verordnung ab und gibt einmalig die Möglichkeit die fehlenden Angaben zu korrigieren und/oder zu ergänzen. Dazu sendet sie dem zugelassenen Leistungserbringer eine Kopie der Originalverordnung und die Begründung der Absetzung mit Verweis auf Anlage 3 dieses Vertrages. Reicht der Leistungserbringer die Korrektur/Ergänzung nicht (fristgerecht innerhalb vom 3 Monaten) ein, bleibt die Absetzung bestehen, die Verordnung kann kein weiteres Mal zur Abrechnung eingereicht werden.
- (3) Sollte eine Angabe auf der Verordnung nicht im dafür vorgesehenen Feld stehen, berührt das die Gültigkeit der Verordnung nicht, soweit die Angabe an sich korrekt und vollständig ist. Entscheidend ist, dass der Datensatz gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V und ihrer Anlagen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern korrekt und vollständig an die Krankenkasse oder die von ihr benannte krankenkassenseitige Abrechnungsstelle übermittelt wurde.
- (4) Soweit in dieser Anlage nichts Anderes beschrieben ist, sind Ergänzungen und Korrekturen durch die Ärztin oder den Arzt vorzunehmen. Solche Ergänzungen und Korrekturen erfolgen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der fehlenden oder falschen Angabe. Änderungen und Ergänzungen einer Ärztin oder eines Arztes bedürfen einer erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen

Angabe. Eine vertretungsberechtigte Ärztin oder ein vertretungsberechtigter Arzt kann Verordnungen ebenfalls ändern oder ergänzen, wenn ihre/seine Vertretungsberechtigung (z. B. durch ihren/seinen Arztstempel) auf der Verordnung erkennbar ist.

- (4a) Anstelle der Originalverordnung kann auch ein ärztlich ausgestelltes Verordnungsduplikат abgerechnet werden, dabei ist es unschädlich, wenn das Duplikat von der Ärztin oder vom Arzt mit „Kopie“ bezeichnet wird.
- (5) Eine Ergänzung und/oder Korrektur der Verordnung ist per Fax zwischen Leistungserbringer und Ärztin oder Arzt möglich. Das Fax muss lesbar sein und ist der Abrechnung beizufügen.
- (6) Bei Ergänzungen und/oder Korrekturen durch den zugelassenen Leistungserbringer ist sicherzustellen, dass die ursprünglichen Angaben der Ärztin oder des Arztes und des Leistungserbringers sichtbar bleiben. Änderungen und/oder Ergänzungen durch den zugelassenen Leistungserbringer bedürfen einer Unterschrift mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.

5. Verordnungsdaten

Die unten beschriebenen Hinweise beziehen sich auf die Angaben im
Verordnungsvordruck Muster 13, gültig mit der HeilM-RL ab 01.01.2021.

a) Personalienfeld

a1) Zuzahlungsfrei/ Zuzahlungspflicht

a2) Unfallfolgen/BVG

k) Behandlungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10 - Code)

j) Diagnosegruppe

g1) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (inkl. h) ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel

g2) Ergänzendes Heilmittel

d) Therapiebericht

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

m) Ggf. Therapieziel / weitere med. Befunde und Hinweise

b) Heilmittelbereich

l) Leitsymptomatik

f) Behandlungseinheiten

c) Hausbesuch

i) Therapiefrequenz

n) Vertragsarztstempel/ Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Heilmittelverordnung 13

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Diagnosegruppe **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog a b c **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht **Hausbesuch** ja nein **Therapiefrequenz**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

Abbildung 1 Druckbereich auf dem Verordnungsmuster
(Muster 13) Vorderseite

Erläuterung zur Art der Angabe:

Pflichtangabe	als Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein
Optionale Angabe	als optionale Angabe gekennzeichnete Felder können ausgefüllt sein
Konditionale Pflichtangabe	als konditionale Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein, wenn die beschriebene Voraussetzung zutrifft

a) Personalienfeld

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Unfallfolgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr., Status), Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung), Angaben zu der verordnenden Ärztin oder zu dem verordnenden Arzt (Arzt-Nr., Betriebsstättennummer) Ausstellungsdatum

Korrekturmöglichkeit	Fehlen <ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr.), • Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung),
----------------------	---

- Angaben zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt (Arzt-Nr.) oder das Ausstellungsdatum,

kann die Behandlung nicht begonnen werden.

Korrekturen und/oder Ergänzungen können ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen. Handschriftliche Änderungen der Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse) sind nicht zulässig.

In der Blankoformularbedruckung (Muster 13E) ist bei fehlerhaften/fehlenden Angaben zur oder zum Versicherten, zum Kostenträger und zu der verordnenden Ärztin oder zu dem verordnenden Arzt eine nachträgliche Korrektur nicht möglich, es ist eine neue Verordnung auszustellen.

Korrekturzeitpunkt

Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgen.

Für die Felder „Status“ und „Betriebsstättennummer“ sind nachträgliche Korrekturen gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich. Eine fehlende

Betriebsstättennummer im Versichertenfeld kann vom zugelassenen Leistungserbringer für die Abrechnung aus dem Stempel der Ärztin oder des Arztes übernommen werden.

a1) Zuzahlungsfrei/ Zuzahlungspflicht

Art der Angabe

Optionale Angabe

Erläuterung

Durch Setzung eines Kreuzes gibt die Ärztin oder der Arzt an, ob eine Zuzahlungsbefreiung bei der oder dem jeweiligen Versicherten vorliegt.

Korrekturmöglichkeit

Auf den Einzug der Zuzahlung darf der Leistungserbringer unabhängig von der Kennzeichnung auf der Verordnung nur bei Vorlage einer gültigen Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse verzichten. Die Felder

„Zuzahlungsfrei“ und „Zuzahlungspflicht“ müssen nicht korrigiert werden.
Korrekturzeitpunkt Entfällt

a2) Unfallfolgen/ BVG

Art der Angabe Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung Durch Setzung eines Kreuzes kann die Ärztin oder der Arzt angeben, ob es sich bei der behandlungsbedürftigen Erkrankung um eine Unfallfolge oder um eine Verordnung im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) handelt.
Korrekturmöglichkeit Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt Entfällt

b) Heilmittelbereich

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

Art der Angabe Optionale Angabe
Erläuterung Angabe des jeweiligen Heilmittelbereichs (hier: Podologie)
Korrekturmöglichkeit Keine Korrektur erforderlich, aber Information an die Ärztin oder den Arzt
Korrekturzeitpunkt Entfällt

c) Hausbesuch

Hausbesuch ja nein

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Ein Hausbesuch kann nur abgerechnet werden, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist.
Korrekturmöglichkeit	Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich; die Gültigkeit der Verordnung ist nicht berührt. Eine Änderung auf „Ja“ kann ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgt sein.

d) Therapiebericht

Therapiebericht

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Ein Therapiebericht gilt als ärztlich angefordert, wenn in dem entsprechenden Feld ein Kreuz gesetzt wurde. Fehlt dieses, ist die Erstellung nicht erforderlich.
Korrekturmöglichkeit	Sofern die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt den Therapiebericht nachträglich anfordert, kann der Leistungserbringer das Kreuz „ja“ im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift nachträglich korrigieren. Änderungen und/oder Ergänzungen durch den zugelassenen Leistungserbringer bedürfen einer Unterschrift mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung erfolgt sein.

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Ist das Feld dringlicher Behandlungsbedarf angekreuzt, muss die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen. In allen anderen Fällen muss die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem Verordnungsdatum begonnen werden.
Korrekturmöglichkeit	Wird der ärztlicherseits angegebene dringliche Behandlungsbedarf nicht beachtet, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Der dringliche Behandlungsbedarf kann nur von der Ärztin oder dem Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe aufgehoben werden, es gilt dann der Behandlungsbeginn von 28 Kalendertagen.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgt sein.

f) Behandlungseinheiten

Behandlungseinheiten

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Behandlungsmenge darf die im Heilmittelkatalog angegebene oder nach § 7 Absatz 6 HeilM-RL zulässige Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten.
Korrekturmöglichkeit	a) Fehlt die Angabe der Behandlungsmenge, ist diese von der Ärztin oder dem Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen.

- b) Sofern auf der ärztlichen Verordnung die Verordnungshöchstmengen überschritten werden, kann der zugelassene Leistungserbringer maximal so viele Therapieeinheiten erbringen und abrechnen, wie sie nach der HeilM-RL zulässig sind. Die Ärztin oder der Arzt ist darüber zu informieren.
- Korrekturzeitpunkt a) Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich.
b) Eine Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich.

g1) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (inkl. h, ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Art der Angabe

Pflichtangabe

Erläuterung

Es sind ausschließlich Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog verordnungsfähig.

Korrekturmöglichkeit

Heilmittel:

Fehlt die richtlinienkonforme Angabe eines Heilmittels oder ist diese unvollständig, fehlerhaft oder passt nicht zur Diagnosegruppe, muss eine Korrektur durch die Ärztin oder den Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.

Sofern die Ärztin oder der Arzt ergänzende Angaben zum Heilmittel gemacht hat, kann hiervon im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift abgewichen werden. Die Änderung ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.

Korrekturzeitpunkt Erforderliche Korrekturen und/oder Ergänzungen müssen vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung mit der Krankenkasse erfolgt sein.

g2) Ergänzendes Heilmittel

Ergänzendes Heilmittel

Art der Angabe Entfällt
Erläuterung Ergänzende Heilmittel können gemäß Heilmittel-Richtlinie von der Ärztin oder dem Arzt nicht verordnet werden und somit auch nicht vom zugelassenen Leistungserbringer abgegeben und abgerechnet werden.

Korrekturmöglichkeit Entfällt
Korrekturzeitpunkt Entfällt

i) Therapiefrequenz

Therapiefrequenz

Nach Rücksprache mit dem Arzt
 Abweichung von der Frequenz

Art der Angabe Pflichtangabe
Erläuterung Diagnosegruppen DF, NF und QF:
Die Ärztin oder der Arzt legt die Frequenz oder die Frequenzspanne der Behandlungseinheiten symptom- und bedarfsorientiert fest.

Diagnosegruppen UI1 und UI2:
Andere Frequenzempfehlungen als „Bei Bedarf“ sind vom Therapeuten als Empfehlung zur Kenntnis zu nehmen. Änderungen oder Korrekturen sind nicht erforderlich.

Korrekturmöglichkeit a) Änderungen der Frequenz oder Frequenzspanne sind im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt möglich und müssen durch den Leistungserbringer auf

der Rückseite des Verordnungsvordrucks an der dafür vorgesehenen Stelle mit dem Namenskürzel des abgebenden Leistungserbringers und dem Datum vermerkt werden. Durch eine Änderung der Frequenz oder Frequenzspanne verändert sich die Gesamtanzahl der Behandlungseinheiten nicht.

b) Fehlt die Frequenzangabe, gilt automatisch die im HeilM-Katalog angegebene Frequenzspanne. In diesem Fall ist eine Korrektur und/oder Ergänzung nicht erforderlich.

Korrekturzeitpunkt Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich.

j) Diagnosegruppe

Diagnose-
gruppe

Art der Angabe

Pflichtangabe

Erläuterung

Es ist eine Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog anzugeben.

Korrekturmöglichkeit

Die Diagnosegruppe kann nur arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe ergänzt oder geändert werden.

Korrekturzeitpunkt

Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich.

k) Behandlungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Art der Angabe

Pflichtangabe

Erläuterung

Die Angabe der therapierelevanten Diagnose muss in Form eines oder mehrerer ICD-10-Schlüssel und/oder als Klartext erfolgen. Der ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden.

a) Als therapie relevant nach § 27 Absatz 1 Heilm-
RL ist ein ICD-10-Schlüssel anzusehen, der
zumindest entweder das Diabetische Fußsyndrom
oder eine diabetische Neuropathie deklariert.

b) Als therapie relevant nach § 27 Absatz 2 Heilm-
RL sind ICD-10-Schlüssel anzusehen, die eine
sensible oder sensomotorische Neuropathie oder
ein neuropathisches Schädigungsbild als Folge
eines Querschnittsyndroms (komplett oder
inkomplett) bzw. ein Querschnittsyndrom
(komplett oder inkomplett) deklarieren.

c) In den Diagnosegruppen UI1 und UI2 ist
ausschließlich der ICD-Schlüssel L60.0
maßgeblich, bei anderen Diagnosen ist eine
Korrektur erforderlich.

Weitere Angaben zur Schädigung in Form eines oder
mehrerer ICD-10-Schlüssel oder eines
Freitextvermerkes sind für die Gültigkeit der
Verordnung unschädlich. Zusätzlich zum ICD-10-
Schlüssel kann eine (weitere) ausgeschriebene
Diagnose auf der Verordnung angegeben sein.

Korrekturmöglichkeit

Fehlt die Angabe der Diagnose oder ist diese
erkennbar nicht therapie relevant, ist diese mit einer
erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe zu
ergänzen oder zu korrigieren.

Korrekturzeitpunkt

Erforderliche Korrekturen und/oder Ergänzungen
müssen vor Einreichung der Verordnung zur
Abrechnung mit der Krankenkasse erfolgt sein.

l) Leitsymptomatik

Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Leitsymptomatik ist nach Heilmittelkatalog anzugeben. Diese ist entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik a), b), c) (UI1 = a) oder UI1 = b)) oder als Klartext anzugeben. Alternativ kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der oder des Versicherten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Leitsymptomatik oder ist sie erkennbar falsch, kann sie im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift nachgetragen, ergänzt oder geändert werden.
Korrekturzeitpunkt	Bei Verordnungen der Diagnosegruppen UI1 und UI2 sind Korrekturen nicht erforderlich. Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich.

m) Ggf. Therapieziel/ weitere med. Befunde und Hinweise

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Angabe eines Therapieziels ist nicht zwingend erforderlich. Soweit ärztlicherseits zusätzliche Angaben zu den wesentlichen Befunden, zu Vor- und

Begleiterkrankungen gemacht wurden oder ergänzende Hinweise an den Leistungserbringer übermittelt werden sollen, können diese hier vermerkt werden.

Korrekturmöglichkeit Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt Entfällt

n) Vertragsarztstempel/ Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Art der Angabe Pflichtangabe
Erläuterung Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie von der Ärztin oder dem Arzt unterschrieben und mit ihrem oder seinem Arztstempel versehen ist.
Korrekturmöglichkeit Korrekturen und/oder Ergänzungen der Arztunterschrift und/oder des Arztstempels können ausschließlich ärztlicherseits erfolgen.
Korrekturzeitpunkt Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein.

o) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahmen, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten)

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

	Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1				
2				

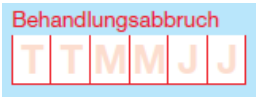
Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die abgegebene Leistung sowie der ggf. durchgeführte Hausbesuch sind vom Leistungserbringer am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe verständlich im Wortlaut oder in Form des vereinbarten Kürzels nach Anlage 1a bzw. Anlage 1b und unter Angabe des Datums und der Initialen des abgebenden Leistungserbringers einzutragen. Im weiteren Verlauf sind auch Wiederholungszeichen zulässig. Diese Angaben sind von Versicherten durch Unterschrift zu bestätigen.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen und/oder Ergänzungen sind durch erneute Unterschrift der oder des Versicherten mit Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen.
Korrekturzeitpunkt	Die Unterschrift des Versicherten muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein. Nachträgliche Korrekturen des Behandlungsdatums, der Leistung und der Initialen des Leistungserbringers sind mit Unterschrift der oder des Versicherten gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich.

o2) Begründung

Begründung therapie therapie

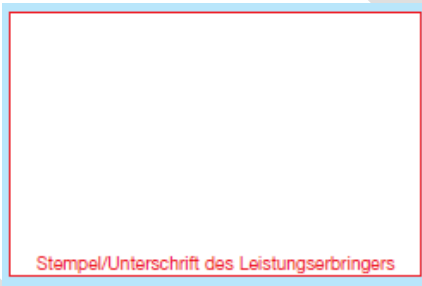
Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Bei Verordnungen mit einer der Diagnosegruppen UI1 und UI2 ist die Lokalisation des behandelten Zehs einmalig auf der Rückseite jeder VO im Feld Begründung zu dokumentieren (z. B. „U 1 links“ oder „U 3 rechts“).</p> <p>Bei Verordnungen mit einer der Diagnosegruppen UI1 und UI2 kann eine Therapie auch bereits nach der Erstbefundung beendet werden, z. B. wenn sich im Rahmen der</p>

q) Behandlungsabbruch



Art der Angabe	Konditionelle Pflichtangabe
Erläuterung	Wird die Behandlung vor Erreichen der verordneten Behandlungsmenge abgebrochen, ist dies mit dem Datum des Behandlungsabbruches zu vermerken. Wird im Verlauf einer Nagelspannenbehandlung das angestrebte Therapieziel vor der vollständigen Inanspruchnahme der verordneten Behandlungsmenge je Verordnung erreicht, ist die Therapie nach § 7 Abs. 2 des Vertrags zu beenden. Die Behandlung ist dann regulär beendet, dies stellt keinen Therapieabbruch dar.
Korrekturmöglichkeit	Entfällt
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

r) Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Durch Unterschrift und Praxisstempel ist vom zugelassenen Leistungserbringer die Richtigkeit der gemachten Angaben zu bestätigen.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen und/oder Ergänzungen des Stempels oder der Unterschrift sind auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich.