

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
	Techniker Krankenkasse	01
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten	
	Roggensack	geb. am
	Angela	16.04.70
Unfallfolgen	Süderstr. 14 B	
	D 24802 Emkendorf	
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
	101377508	X619709948
		Status
		5000000
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
	010700100	886200407
		Datum
		21.09.26

Heilmittelverordnung 13

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

I89.01 G B

phlebostatisches Lymphödem

Diagnosegruppe

LY

Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog



a

b

c

patientenindividuelle Leitsymptomatik



Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Schädigung der Lymphgefäße, Lymphknoten, Kapillaren

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

MLD-45 beide Beine

6

Ergänzendes Heilmittel



Therapiebericht

Hausbesuch

ja



nein

Therapiefrequenz

1 x pro Woche



Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Entstauung sowie Besserung des lymphatischen Rückflusses, der aktiven Muskel-Venen-Pumpe, des Haut-und Unterhautstoffwechsels.

IK des Leistungserbringers

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

886200407	
Praxis f. Gefäßmedizin	
Dr. Karl Prange, Chirurg / Gefäßchirurg	
Exerzienplatz 9, 24103 Kiel	
Tel.: 0431 - 15122	Fax.: 0431 - 397975

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

[illegible]

IK des Leistungserbringers

Belegnummer

[illegible]

Behandlungsabbruch

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung
von der Frequenz

Änderung in

☐ Gruppentherapie ☐ Einzeltherapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers