

Gebührpflicht
Einmal/Unterschieden folgen
BVG
EWV/DR

Krankenkasse bzw. Kostenträger
AOK Baden-Württemberg

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie
 Verordnung außerhalb des Regelfalles
Behandlungsbeginn spätestens am **TTMMJJ**

Inhalationstherapie im Heilstollen

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung
Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor
Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor
Wegegeld-/Pauschale Faktor Km
Hausbesuch Faktor
Hausbesuch Faktor

Rechnungsnummer
Belegnummer

Verordnungsmenge Anzahl pro Woche

- A) Inhalationstherapie in Form der Rauminhalation (Heilstollen)
- B) Inhalationstherapie als Einzelbehandlung (mittels Zerstäuber oder Spray)

Indikationsschlüssel Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!
Empfangsbestätigung durch den Versicherten
Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (ernahmene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		

Behandlungsabbruch am **TTMMJJ**

Begründung:
