



Bundeswehr
Heilmittelverordnung
 - Zuzahlungsfrei -

Nur gültig bei Behandlungsbeginn **innerhalb von drei Wochen** ab Verordnungsdatum.

Verordnung gültig bis Ende (Monat/Jahr)

- Physikalische/ Podologische Therapie**
 Stimm-/ Sprech-/ Sprachtherapie
 Ergotherapie / Ernährungstherapie
 Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

Personenkennziffer	Name, Vorname	Einheit/Dienststelle
--------------------	---------------	----------------------

Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht
 Nein Ja

Erstverordnung <input type="checkbox"/>	Folgeverordnung <input type="checkbox"/>	Verordnung außerhalb vom Regelfall utV <input type="checkbox"/>	Gruppentherapie <input type="checkbox"/>	Hausbesuch <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Therapiebericht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
--	---	--	---	---	--

Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe Verordnungshilfe Physiotherapie Bundeswehr/ Heilmittelkatalog G-BA (ggf. gebräuchliche Abkürzungen des Heilmittelkataloges)	Anzahl pro Woche

Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde (Bei Stimm-/ Sprech-/ Sprachtherapie Zusatzbefunde, Tonaudiometrie, Laryngologischen Befund beifügen)

Spezifizierung der Therapieziele

Empfehlung für die Verordnung außerhalb vom Regelfall utV sowie EAP durch Facharzt (ggf. Beiblatt)
 Fachrichtung, Datum Arztbericht:

(Stempel der Sanitätseinrichtung)	PLZ, Ort
	Datum
	Unterschrift, Namensstempel)

Verteiler: 1. Ausfertigung (blau) an Behandler/Behandlerin zur Abrechnung mit der Abrechnungsstelle
 2. Ausfertigung (weiß) an Behandler/Behandlerin zur Rücksendung an den Arzt/Ärztin der Bundeswehr
 3. Ausfertigung (grün) Beleg für die verordnende Ärztin/verordnenden Arzt der Bundeswehr

Die Angaben in diesem Formular sind besondere personenbezogene Daten nach §3 Abs. 9 BDSG

Bitte immer unmittelbar nach Abgabe Ihrer Leistung durch Unterschrift quittieren lassen.

Behandlungsbestätigung der Soldatin/des Soldaten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben:

Behandlungsdatum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift der Soldatin/ des Soldaten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Bei Behandlungsabbruch, Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie, Abweichung von der Frequenz:

Datum, Grund, Rücksprache mit:

Behandlungseinrichtung

(Stempel)

PLZ, Ort

Datum

(Unterschrift)

Abrechnungshinweise:

Abrechnung zu VdEK-Sätzen:

Physikalische Therapie; Podologische Therapie; Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie; Ergotherapie

Abrechnung zu DGUV-Sätzen:

Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen wird erbeten an:

Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr

PA 3 - Heilfürsorgeabrechnung

Prötzeler Chaussee 25
15344 Strausberg

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die verordnende Ärztin/verordnenden Arzt der Bundeswehr