



Bundeswehr

Kostenübernahme Heilmittelverordnung

- Zuzahlungsfrei -

Voraussetzung zur Leistungserbringung: **VdEK-/DGUV-Zulassung**

Schutzbereich 3

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

Verordnung gültig bis Ende (Monat/Jahr)

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

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

Erstversorgung	Folgeversorgung	Verordnung außerhalb vom Regelfall utV	Gruppentherapie	Hausbesuch	Therapiebericht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe Verordnungshilfe Physiotherapie Bw/Heilmittelkatalog G-BA	Anzahl pro Woche

Diagnose mit Leit Symptomatik, ggf. wesentliche Befunde

Spezifizierung der Therapieziele

Empfehlung für die Verordnung außerhalb vom Regelfall utV sowie EAP durch Facharzt
 Fachrichtung, Datum Arztbericht:

Verordnende Ärztin/Verordnender Arzt	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		

NUR ZUR ANSICHT

Bei Behandlungsabbruch, Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie, Abweichung von der Frequenz:
Datum, Grund, Rücksprache mit:

Behandlungseinrichtung

(Stempel)	PIZ, Ort
	Datum
	(Unterschrift)

Abrechnungshinweise:

Abrechnung zu VdEK-Sätzen: Physikalische Therapie; Podologische Therapie; Stimm-, Sprach- und Sprachtherapie; Ergotherapie; Ernährungstherapie

Abrechnung zu DGUV-Sätzen: Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

Die Abrechnung der erbrachten Leistung(en) wird erbeten an:

Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr
PA 3 - Heilfürsorgeabrechnung
Prötzel Chaussee 25
16244 Strausberg