

Folgende Leistungen sind nach deutschem Heilmittelrecht verordnungs- bzw. bezuschussungsfähig.

## **Bezuschussungsfähige ambulante Heilmittelbehandlungen**

### **Massagen**

- > Unterwasserdruckstrahlmassage
- > Klassische Massagetherapie (KMT)
- > Bindegewebsmassage (BGM)
- > Reflexmassage (Segment-, Periost-, Colonmass.)

### **Man. Lymphdrainage**

- > Großbehandlung (45 Minuten)
- > Ganzbehandlung (60 Minuten)
- > Kompressionsbehandlung einer Extremität
- > Teilbehandlung (30 Minuten)

### **Bewegungstherapie/Übungsbehandlungen**

- > Bewegungsübungen/orth. Turnen
- > Bewegungsbad
- > Chirogymnastik einschl. Nachruhe
- > Bewegungsübungen/orth. Turnen
- > Bewegungsbad bis 3 Personen
- > Bewegungsbad 4 bis 5 Personen

### **Krankengymnastik**

- > KG, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Einzelbehandlung
- > Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät)
- > KG in der Gruppe (2-5 Patienten)
- > Atemtherapie bei Mucoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen, 60 Min.
- > KG nach Bobath bei zentralen Bewegungsstörungen, Kinderbehandlung
- > KG nach Vojta bei zentralen Bewegungsstörungen, Kinderbehandlung
- > KG nach Bobath bei zentralen Bewegungsstörungen, Erwachsenenbehandlung
- > KG nach Vojta bei zentralen Bewegungsstörungen, Erwachsenenbehandlung
- > KG nach PNF bei zentralen Bewegungsstörungen, Erwachsenenbehandlung
- > KG bei zerebralen Dysfunktionen für Kinder bis 14 Jahre (2-4 Kinder)

- > KG im Bewegungsbad, Einzelbehandlung, einschl. Nachruhe von 20-25 Minuten
- > KG im Bewegungsbad, Gruppenbehandlung (2-3 Pat.), einschl. Nachruhe
- > KG im Bewegungsbad, Gruppenbehandlung (4-5 Pat.), einschl. Nachruhe

## **Traktions-/Extensionsbehandlung**

- > Mit Gerät als Einzelbehandlung

## **Manuelle Therapie**

- > Manuelle Therapie

## **Elektrotherapie**

- > Elektrobehandlung
- > Elektrostimulation bei Lähmungen
- > Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad)
- > Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad)

## **Wärme- und Kältetherapie**

- > Warmpackungen einschl. Nachruhe
- > W. m. Glühlicht, Strahler, Heißluft
- > Heiße Rolle
- > Ultraschall-Wärmetherapie
- > Vollbad mit natürlichen Peloiden (Fango, Schlick oder Moor)
- > Teilbad mit Peloiden (Fango, Schlick oder Moor)
- > Kältetherapie

## **Med. Bäder**

- > Kohlensäurebad
- > Kohlensäuregasbad (Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad)
- > Kohlensäuregasbad (Teilbad)

## **Inhalationstherapie**

- > Einzelbehandlung

## **Kurortsspezifische ambulante Heilmittel**

Die Behandlungen sind nur dann zusätzlich zu den oben genannten Maßnahmen bezuschungsfähig, wenn vor Beginn der Behandlung eine ambulante Vorsorge- oder Rehabilitationskur bewilligt wurde.

## **Wärme- u. Kältetherapie**

- Packungen m. kurortsspezifischen Peloiden (z. B. natürl. Fango)
- Wickel (Quark o. Lehm)
- Heublumensack einzeln
- Schrothkurpackung

## **Medizinische Bäder**

- Kräuter o. Mineralbad mit Sole und Nachruhe
- Thermal-Schwefel-Gas-Bad
- Solebad
- Radonbad
- Med. Bad im Heilwasser
- Gashaltiges Kräuter- oder Mineralbad mit Sole und Ruhe

## **Hydrotherapie**

- Kneippsche Bäder (Voll-, Dreiviertel-, Halbbäder mit Zusatz)
- Sitzbad mit Zusatz, Wechselbäder
- Segmentblitz-, Lumbal-, Wechselblitz-, Heißblitzgüsse
- Arm- /Fußbäder, Güsse, Halbbäder, Blitzgüsse, Waschungen (kalt o. warm)
- Wechselgüsse (2 St.) Heiß-, Fuß-, Arm- u./o. ansteigende (mit o. ohne Zusatz)

## **Inhalationstherapie**

- Radon-Stollen/Stollentherapie
- Rauminhalation, Apparatinhalation, Aerosolvernebler mit Heilmittel o. Medikamenten
- Ultraschallinhalation mit/ohne Medikamente
- Aerosol-Augenbad/Jod-Schwefel-Inhalation

## **Bewegungsübungen Einzelbehandlung**

- Bewegungsheilbad als kontrollierte Selbstbehandlung
- Bewegungsheilbad als kontrollierte Selbstbehandlung (für Schwerbehinderte)
- Krankengymnastik in Heilwasser in spez. Therapiebecken

## **Bewegungsübungen Gruppentherapie**

- Krankengymnastik in Heilwasser in spez. Therapiebecken (max. 5 Personen)



<b>Gebührpflicht.</b>	Krankenkasse bzw. Kostenträger		<h3 style="margin:0;">Heilmittelverordnung 13</h3> <h4 style="margin:0;">Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie</h4>
<b>Gebührfrei</b>	Name, Vorname des Versicherten  geb. am		
<b>Unfall/Unfallfolgen</b>			
<b>BVG</b>	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

  

**Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)**

Erstverordnung     Folgeverordnung     Gruppentherapie

Behandlungsbeginn spätest. am

Verordnung außerhalb des Regelfalles    T T M M J J

**Hausbesuch**     Ja     Nein      
 **Therapiebericht**     Ja     Nein

  

Gesamt-Zuzahlung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gesamt-Brutto <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Heilmittel-Pos.-Nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Faktor <input type="text"/> <input type="text"/>	Heilmittel-Pos.-Nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Faktor <input type="text"/> <input type="text"/>	Wegegeld-/Pauschale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Faktor <input type="text"/> <input type="text"/>	km <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Hausbesuch <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Faktor <input type="text"/> <input type="text"/>	Hausbesuch <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Faktor <input type="text"/> <input type="text"/>		
Rechnungsnummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
Belegnummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									

  

Verordnungsmenge <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b>	Anzahl pro Woche <input type="text"/> <input type="text"/>

  

Indikationsschlüssel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde <hr/>
ICD-10 - Code <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<hr/>
ICD-10 - Code <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<hr/>
Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



## Heilmittelverordnung/Medicines Ordinance

**Patient/Patient**

---

Name, Vorname, Geburtsdatum/-Name, First Name, Date of birth

---

Anschrift/Address

**Heilmittel/Remedy**

**Diagnose/Diagnosis-ICD 10:** \_\_\_\_\_

Anzahl/Units	Heilmittel/Remedy

Es sind zwei Heilmittel verordnungsfähig. Pro Heilmittel sind maximal 6 Einheiten zulässig.

There are two remedies prescriptive. Per cure a maximum of 6 units are allowed.

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes/Stamp and signature of the doctor

Dieses Muster können Sie bei Bedarf einem Arzt im Ausland vorlegen.