

MUSTER 13 – Ausfüllhilfe Maßnahmen Ergotherapie

Bitte füllen Sie für die Abrechnung mit den gesetzlichen Kostenträgern die Rückseite des Verordnungsmuster 13 korrekt und vollständig aus. Die Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Prüfung der Eintragungen des Arztes und Eintragung der notwendigen Angaben der Leistungserbringer finden Sie in unserem Blog unter www.azh.de/blog/heilmittelverordnungen-muster-13-richtig-abrechnen/.

Angabe der Maßnahmen auf der Rückseite des Verordnungsmuster 13 – Bitte beachten!

Für die Dokumentation der abgegebenen Leistungen tragen Sie bitte die Beschreibungen in den Zeilen der Spalte "Maßnahmen" ein. Hier können Sie – unter Beachtung folgender Regeln - auch Abkürzungen und Wiederholungszeichen nutzen:

Beim ersten Behandlungsdatum (Zeile 1):

Hier dürfen Kurz-Beschreibungen dann verwendet werden, sofern diese die Maßnahme eindeutig beschreiben. Bsp.: „Einzelbeh. Sensomot. Störung.“ (SPB) oder „Befund Fkt-Analyse“ (FA)

Sollten sie zwei Leistungen in der gleichen Behandlung abgeben, verwenden Sie bitte ein „+“ als Trennkennzeichen zwischen den beiden eingetragenen Leistungen.

Ab dem zweiten Behandlungsdatum (Zeile 2 ff): Hier können Kürzel oder Wiederholungszeichen genutzt werden.

Kürzel für Maßnahmen Ergotherapie

Abrechnungskunden der NOVENTI azh srzh zrk werden gebeten folgende Kürzel zu verwenden:

- PB** Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen
- MFB** Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen
- FA** Befunderhebung Funktionsanalyse und Anamnese (nur einmal bei Behandlungsbeginn abrechenbar)
- PFB** Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen
- HLT** Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung
- THA** Thermische Anwendungen, Wärme/Kälte
- PFBGB3** Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen

Optionale Kürzel:

- HB** Hausbesuche
- HBS** Hausbesuche soziale Einrichtungen/Heimbesuche
- KM** Km-Angaben mit Anzahl angeben, z.B. KM=9
- WGP** Wegegeldpauschale
- GB** Gruppenbehandlung mit Anzahl angeben, z.B. GB 5 bei 5 Personen

Besonderheit:

Bei Schienenversorgung bitte "Schiene" und den Betrag eintragen und falls erforderlich Kostenvoranschlag beifügen.

Weicht der Zuzahlungsbetrag von den Arztangaben auf der Vorderseite ab, ergänzen Sie dies bitte handschriftlich über dem Stempelfeld auf der VO-Rückseite. Beispiel: ZZ-frei nur bis 31.12.2020

The image shows a form titled "Empfangsbestätigung durch den Verordnenden" (Confirmation of receipt by the prescribing physician). It includes a table for recording treatment dates (Datum) and measures (Maßnahmen) from row 1 to 20. Below the table is a section for "Abrechnungsdaten des Heilmittelbringers" (Billing data of the provider), which includes fields for the provider's name (Name des Leistungserbringers), address (Adresse), and phone number (Telefonnummer). There are also checkboxes for "Nach Rücksprache mit dem Arzt" (After consultation with the physician) and "Abrechnung nach der Eintragung" (Billing after registration), and a section for "Begründung" (Justification) with checkboxes for "Gruppen-Therapie" (Group therapy) and "Einzel-Therapie" (Individual therapy).