

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
---------------------	------------------	--------

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
---------------------	----------	-------

**Heilmittelverordnung der
Anthroposophischen Medizin**

VKZ: 120A1400750

Zuzahlungs-
frei

Zuzahlungs-
pflicht

Anzahl und Art der Verordnung

--	--

Diagnose / Leitsymptomatik / ICD-10 Hauptdiagnose

Gegebenenfalls Therapievorschlag / Therapieziele

Weitere Angaben für den Therapeuten

Arztstempel

.....
Unterschrift des behandelnden Arztes

Für den Therapeuten zu beachten: Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Die Behandlung hat spätestens 28 Tage nach ihrer Verordnung zu beginnen. Die abgegebene Leistung ist vom Therapeuten eindeutig zu bezeichnen. Die empfangene Leistung ist am Tag der Leistungsabgabe vom Patienten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen, Rückdatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig. Die Verordnung ist der Leistungsabrechnung im Original beizufügen.

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

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

Behandlungsdaten

(1).....

(2).....

(3).....

(4).....

(5).....

(6).....

(7).....

(8).....

Unterschrift des Patienten

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Datum

Stempel und Unterschrift des Therapeuten