

So übertragen Sie die Daten von Ihrem Rezept in unser Terminanfrage-Formular:

2. Privatrezept

The image shows a standard German medical prescription form (Rezept). It includes fields for the patient's name and first name, date of issue, pharmacy number, and insurance details. A large green area is provided for the doctor's signature and notes. The form is titled 'Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)'.

The image shows a digital form for entering prescription data. It includes fields for the patient's name, address, and insurance details. The 'Krankenkasse' (Insurance) section has three radio buttons: 'gesetzlich', 'privat', and 'BG'. The 'privat' button is highlighted with a red circle. Below this, there are fields for 'Hausbesuche' (Home visits) with 'ja' and 'nein' radio buttons, 'Heilmittel oder Leistungsziffer' (Therapy or performance number) with a text area, 'Verordnungsmenge' (Prescription quantity) with a text area, 'Diagnose' (Diagnosis) with a text area, and 'Indikationsschlüssel' (Indication key) with a text area.

MOVIDA

Physiotherapie

REZEPT-LESE-HILFE

So übertragen Sie die Daten von Ihrem Rezept in unser Terminanfrage-Formular:

3. BG Rezept

Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie

Unfallversicherungsträger		Mit der Annahme der Verordnung erklärt der Praxisinhaber, dass er die Regelungen der Vereinbarung zwischen den Physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennt. Insbesondere erklärt er, dass er die fachlichen Anforderungen erfüllt und die vereinbarten Gebühren akzeptiert. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch. Die aktuelle Vereinbarung ist unter http://www.fvbv.de/01/pages/nshahvortrag/index.html verfügbar.	
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum		
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)		Diagnose	
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort		Unfalltag	
1 Leistungsziffer (s. Folgeseite)	Leistungsziffer (s. Folgeseite)	Leistungsziffer (s. Folgeseite)	Leistungsziffer (s. Folgeseite)
Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:
Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:
2 Nur auszufüllen bei Überschreiten der Regel-Zeitintervalle (siehe Folgeseite)			
Die Behandlungszeiten ergeben sich aus dem gültigen Leistungsverzeichnis. Soweit medizinisch notwendig für einzelne Leistungsziffern die vorgegebenen Behandlungseinheiten oder Zeitintervalle ¹⁾ pro Tag (s. Folgeseite) überschritten werden sollen, ist dies nachfolgend unter Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten und der Zeitintervalle zu begründen!			
Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungseinheit:	Behandlungseinheiten pro Behandlungseinheit:	Behandlungseinheiten pro Behandlungseinheit:
Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Gründe:	Gründe:	Gründe:
3 Begründung für eine Weiterverordnung nach einer Behandlungszeit von 4 Wochen:			
4 Behandlungsbeginn am _____ Datum			
Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am _____		Unterschrift des D-H-Arztes	
(spätestens alle 14 Tage)		Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite benutzen!	
¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlung von 10 Minuten.			

Vorderseite

Behandlungseinheit (Gründe zu legen)	8501 (8501)¹⁾ Einzelinhalation Regel-Zeitintervall: 1 8502 (8502)¹⁾ Raumnehalation Regel-Zeitintervall: 1 8601 (8601)¹⁾ Zusätzlich ärztlich verordnete Ruhe 8602 (8602)¹⁾ Ärztlich verordneter Hausbesuch
8103 (8103)¹⁾ Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Erwachsenen Regel-Zeitintervalle: 3 8104 (8104)¹⁾ Krankengymnastische Behandlung in Gruppen ab 3 Teilnehmer Regel-Zeitintervalle: 2 8105 (8105)¹⁾ Krankengymnastik im Bewegungsbad (+) Regel-Zeitintervalle: 2 8106 (8106)¹⁾ Krankengymnastik im Bewegungsbad in Gruppen (+) Regel-Zeitintervalle: 2 8107 (8107)¹⁾ Manuelle Therapie Regel-Zeitintervalle: 2	8204 (8204)¹⁾ Wärmepackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlück, Pelose) 8205 (8205)¹⁾ Wärmepackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlück, Pelose) 8206 (8206)¹⁾ Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (Kompressen, Eisbeutel, Peloides, Eisstielbad) Regel-Zeitintervall: 1 8207 (8207)¹⁾ Apparative Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (Kältesack, Kälteflur)
8405 (8405)¹⁾ Hand-, Fußbad mit Zusatz (+) 8407 (8407)¹⁾ Gashaltiges Bad (+) 8409 (8409)¹⁾ Hydroelektrisches Vollbad (+) 8410 (8410)¹⁾ Zwei- und Vierzellenbad 8412 (8412)¹⁾ Unterwasserdruckstrahlmassage (+) 8413 (8413)¹⁾ Chirogymnastik 8414 (8414)¹⁾ Extensionsbehandlung	8304 (8304)¹⁾ Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Iontophorese (ohne Medikamente) Regel-Zeitintervall: 1 8405 (8405)¹⁾ Hand-, Fußbad mit Zusatz (+) 8407 (8407)¹⁾ Gashaltiges Bad (+) 8409 (8409)¹⁾ Hydroelektrisches Vollbad (+) 8410 (8410)¹⁾ Zwei- und Vierzellenbad 8412 (8412)¹⁾ Unterwasserdruckstrahlmassage (+) 8413 (8413)¹⁾ Chirogymnastik 8414 (8414)¹⁾ Extensionsbehandlung

Bestätigung der Leistungserbringung durch den Versicherten			
Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Datum
Unterschrift Therapeut
Stempel Therapeutische Praxis

Rückseite

Vorname
Name
Telefon
E-Mail
Geburtsdatum
Krankenkasse: <input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> privat <input checked="" type="radio"/> BG
Hausbesuche: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Heilmittel oder Leistungsziffer
Welche Therapie wurde verordnet? z.B. Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Lymphdrainage
Verordnungsmenge
z.B. 10x
Diagnose
z.B. HWS-Syndrom
Indikationsschlüssel
z.B. WS1a, EX2a