

Krankenkasse bzw. Krankenversicherung		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung der FPZ HüfteKnieTherapie

Ärztliche Informationen zur Analyse und Therapiegestaltung/Befund

Hauptdiagnose (bitte ankreuzen und eintragen):

Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]

Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]

ICD QZ A G V Z

Nebendiagnose (bitte eintragen):

ICD QZ A G V Z

ICD QZ A G V Z

ICD QZ A G V Z

ICD QZ A G V Z

ICD QZ A G V Z

V: Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose
 Z: (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose
 A: ausgeschlossene Diagnose
 G: gesicherte Diagnose (auch anzugeben, wenn A, V oder Z nicht zutreffen)

Ärztliche Verordnung

Der o.a. Patient wurde von mir am untersucht.
 Die FPZ HüfteKnieTherapie wird hiermit verordnet. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bestehen für eine Teilnahme keine medizinischen Bedenken.

Der Versicherte ist durch die Regelversorgung austherapiert, weshalb eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung (BesV) indiziert ist.

Behandlung durch Orthopäden erfolgte.

Heilmittelbehandlungen wurden ausgeschöpft.

Andere Therapie- bzw. Diagnoseverfahren wurden ausgeschöpft.

Datum

Unterschrift / Stempel