

Das Privatrezept

Die Podologischen Leistungen sind ab dem 01. Juli 2012, ohne ärztliche Anordnung, umsatzsteuerpflichtig (19%)

Bei Vorlage eines gültigen Privatrezeptes, mit nachgewiesener med. Indikation, entfällt für Sie die Umsatzsteuer von 19%. Andernfalls wird die MwSt. vom Patienten selbst getragen (Preise zzgl. MwSt.), welche dann an das Finanzamt abgeführt wird. Auf dem Privatrezept muss die Podologische Komplexbehandlung oder Medizinische Fußpflege verordnet sein. Die Anzahl kann vom Arzt beliebig festgelegt werden. Bitte beachten Sie, dass alle Behandlungen ohne gültiges Rezept mit 19% Umsatzsteuer belegt werden.

Die Heilmittelverordnung

Ihr Arzt darf eine HMVO für die podologische Therapie verordnen, wenn Sie an einem diagnostizierten diabetischen Fußsyndrom mit Gefühls- und/oder Durchblutungsstörungen leiden oder wenn ein eingewachsener Nagel (Rollnagel, schmerzende Nagelkanten) vorliegt (ICD-Code L60.0). Hier werden 90% der Behandlungskosten von der Krankenkasse übernommen. 10% von den Behandlungskosten sind vom Patienten zu tragen- wenn sie Zuzahlungsbefreit sind, entfallen diese Kosten.

Anbei finden Sie die Muster für die Heilmittelverordnungen. Bitte beachten Sie die Behandlung spätestens nach 28Tagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen. Die Verordnung darf also nicht älter als 28Tage sein. Wenn sie zuzahlungsbefreit sind, bringen Sie zum ersten Termin Ihre gültige Bescheinigung von der Krankenkasse mit.

Heilmittelverordnung für die podologische Komplexbehandlung bei diabetischen Fußsyndrom, hier alle zulässigen ICD-Codes: **E10.74, E10.75, E11.74, E11.75, E12.74, E12.75, E13.74, E13.75, E14.74, E14.75, E15.74, E15.75, G63.2**

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Umfang	Angaben zum Patienten		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Heilmittelverordnung 13

- Physiotherapie
- Podologische Therapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Ergotherapie
- Ernährungstherapie

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

E11.74G Diabetischer Fuß bei Typ-2-Diabetes mellitus

Diagnosegruppe **DF** **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Podologische Komplexbehandlung	3
Ergänzendes Heilmittel	

Therapiebericht **Hausbesuch** ja nein **Therapiefrequenz** 4-6 Wochen

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Heilmittelverordnung für die podologische Komplexbehandlung aufgrund von Polyneuropathie, gültige ICD-Codes: G60.0, G60.1, G60.2, G60.3, G60.8, G60.9, G61.0, G61.1, G61.8, G61.9, G62.0, G21.1, G62.2, G62.80-88, G62.9, G63.0-6, G.63.8, G64

Diagnosen: hereditäre sensible und autonome Neuropathie, systemischen Autoimmunerkrankungen wie zum Beispiel multiple Sklerose, Kollagenosen oder aufgrund von Chemotherapie eine toxische Neuropathie.

Zustimmung	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Heilmittelverordnung 13	
Zustimmungspflicht	Name, Vorname des Versicherten	<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input checked="" type="checkbox"/> Podologische Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie	
Urteil	geb. am		
DVG	Kostenübernahme	Verkehrs-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Behandlungsrelevante Diagnose(n)			
ICD-10 - Code			
krankhafte Schädigung der Füße als Folge von sensibler oder sensorischer Neuropathie			
Diagnosegruppe	NF	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input checked="" type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik
<small>Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Präfix angeben)</small>			
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges			
Heilmittel	podologische Behandlung		Behandlungseinheiten 3x / 6x
Ergänzendes Heilmittel			
<input type="checkbox"/> Therapiebericht	Hausbesuch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Therapiefrequenz
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen			alle 14 Tage / alle 4-6 Wochen
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise			
IK des Leistungserbringers		Vertragsschlussstempel / Unterschrift des Arztes	

Heilmittelverordnung für die podologische Komplexbehandlung bei Querschnittssyndrom, gültige ICD-Codes: G82.00-82.03, 82.09, G82.10-82.13, 82.19, G82.20-82.23, 82.29, G82.30-82.33, 82.39, G82.40-82.43, 82.49, G82.50-82.53, 82.59, G82.60-82.67, 82.69.

Diagnosen: chronischer Myelitis, Spina bifida, Syringomyelie, traumatisch bedingten Schädigungen des Rückenmarks

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Heilmittelverordnung 13
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Unfallfolgen				
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input checked="" type="checkbox"/> Podologische Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie
Behandlungsrelevante Diagnose(n)				
ICD-10 - Code				
krankhafte Schädigung der Füße als Folge eines Querschnittssyndroms (komplett/inkomplett)				
Diagnosegruppe	QF	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input checked="" type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)				
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges				
Heilmittel	podologische Behandlung			Behandlungseinheiten 3x / 6x
Ergänzendes Heilmittel				
<input type="checkbox"/> Therapiebericht	Hausbesuch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Therapiefrequenz
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen				
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise				
IK des Leistungserbringers				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

Heilmittelverordnung für die Nagelkorrektur-Spange eines Nagels:

Zuzahlungslos	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Heilmittelverordnung 13	
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am	<input type="checkbox"/>	Physiotherapie
Umfolgt	Beispiel Behandlungsserie UI2 - UI1	<input type="checkbox"/>	Podologische Therapie
BVG	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	<input type="checkbox"/>	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie
		<input type="checkbox"/>	Ernährungstherapie
Behandlungsrelevante Diagnose(n)			
ICD-10 - Code			
L60.0	U.inc. Lokalisation		
Diagnosegruppe UI1	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input checked="" type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)			
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges			
Heilmittel		Behandlungseinheiten	
Nagelspange		8	
Ergänzendes Heilmittel			
<input type="checkbox"/>	Therapiebericht	Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	Therapiefrequenz
<input type="checkbox"/>	Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen		
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise			
IK des Leistungserbringers		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

© Deutscher Verband für Podologie (ZFD) e.V. Stand: 08.02.2023 Muster 13 (10.2020)
14 von 17

