

Anlage 3
notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung
und einheitliche Regelungen zur Abrechnung

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Ernährungstherapie
und deren Vergütung

1. Ziel der Anlage

Gemäß § 125 Absatz 2 SGB V vereinbart der GKV-Spitzenverband mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich Vorgaben für die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung. Diese sollen zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen und den Heilmittelerbringern beitragen.

Zu berücksichtigen ist, dass die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gemäß § 91 Absatz 6 SGB V für Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, Versicherte und Leistungserbringer gleichermaßen verbindlich ist.

In den einheitlichen Regelungen zur Abrechnung der Heilmittelverordnungen werden insbesondere Korrekturmöglichkeiten, -form und -zeitpunkt der Verordnung durch den Leistungserbringer festgelegt. Sie sollen sicherstellen, dass formale Fehler besser erkannt und rechtssicher behoben werden können und Rechnungskürzungen und Nullretaxationen nur in berechtigten und notwendigen Fällen erfolgen.

Die ansonsten im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden oder im Hauptvertrag zu dieser Anlage vereinbarten Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.

2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken

Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 13 HeilM-RL ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck gemäß des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) verordnet werden. Der Verordnungsvordruck ist in Anlage 2 oder Anlage 2a (Blankoformularbedruckung) des BMV-Ä und in den Vordruckerläuterungen näher beschrieben. Für die Verordnung von Heilmitteln sind die Verordnungsmuster 13 oder Verordnungsmuster 13E (Blankoformularbedruckung) vorgesehen.

3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Ärztin oder den Arzt

Behandlungen dürfen nach § 16 Absatz 1 HeilM-RL nur durchgeführt werden, wenn auf dem Verordnungsvordruck die erforderlichen Angaben nach § 13 Absatz 2 HeilM-RL enthalten sind. Des Weiteren muss die Verordnung von der Ärztin oder

dem Arzt unterschrieben sein. Die erforderlichen Angaben sind im Folgenden unter Ziffer 5 lit. a) bis r) dargestellt.

4. Korrekturmöglichkeit – Form und Zeitpunkt

Ein Vergütungsanspruch des zugelassenen Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Die unter Nr. 5 dieser Anlage beschriebenen Angaben der Verordnung sind erforderlich, damit eine sachgerechte und wirtschaftliche Therapie erfolgen kann. Dabei sind die Vorgaben gemäß Heilm-RL und die Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke der vertragsärztlichen Versorgung (in der jeweils aktuellen Fassung) berücksichtigt. Nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind die Heilmittelerbringer im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung verpflichtet, Verordnungen auf aus ihrer professionellen Sicht erkennbare Fehler, also auf Vollständigkeit und Plausibilität, hin zu überprüfen.

Sollte die Verordnung nicht fehlerfrei sein, kann die Behandlung aufgenommen werden, wenn alle wesentlichen Informationen für den Beginn oder die Weiterführung der Therapie auf der Verordnung enthalten sind. Diese sind:

- Angaben im Personalienfeld,
- Diagnose,
- konkretes Heilmittel,
- Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes.

In diesem Fall ist der Behandlungsvertrag schwebend unwirksam und wird rückwirkend wirksam, wenn die vertragsärztliche Verordnung nach den folgenden Grundsätzen unter Nr. 5 ergänzt oder korrigiert wird. Soweit Angaben des Leistungserbringers auf der Rückseite der Verordnung fehlerhaft sind, soll die Krankenkasse im Einzelfall eine nachträgliche Korrekturmöglichkeit einräumen. Ist unter Nr. 5 angegeben, dass eine Korrektur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt erfolgen muss, besteht kein Vergütungsanspruch, wenn die Korrektur nach diesem Zeitpunkt erfolgt.

Sollte eine Angabe auf der Verordnung nicht im dafür vorgesehenen Feld stehen, berührt das die Gültigkeit der Verordnung nicht, soweit die Angabe an sich korrekt und vollständig ist. Entscheidend ist, dass der Datensatz gemäß den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V und ihrer Anlagen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern

korrekt und vollständig an die Krankenkasse oder die von ihr benannte
krankenkassenseitige Abrechnungsstelle übermittelt wurde.

Soweit in dieser Anlage nichts Anderes beschrieben ist, sind Ergänzungen und
Korrekturen durch die Ärztin oder den Arzt vorzunehmen. Solche Ergänzungen und
Korrekturen erfolgen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der
fehlenden/falschen Angabe. Änderungen und Ergänzungen einer Ärztin oder eines
Arztes bedürfen einer erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit
Datumsangabe neben der fehlenden/falschen Angabe.

Eine Ergänzung/Korrektur der Verordnung ist per Fax zwischen Leistungserbringer
und Ärztin oder Arzt möglich. Das Fax muss lesbar sein und ist der Abrechnung
beizufügen.

Bei Ergänzungen und Korrekturen durch Leistungserbringer ist sicherzustellen, dass
die ursprünglichen Angaben der Ärztin oder des Arztes sichtbar bleiben.
Änderungen und Ergänzungen durch den Leistungserbringer bedürfen einer
Unterschrift mit Datumsangabe neben der fehlenden/falschen Angabe.

Erfolgt die Verordnung im Rahmen des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens
(Anlage 2a des BMV-Ä) sind nur bestimmte nachträgliche Änderungen der
Verordnung möglich. Hierauf wird unter Nr. 5 gesondert hingewiesen.

5. Verordnungsdaten

Die unten beschriebenen Hinweise beziehen sich auf die Angaben im Verordnungsvordruck Muster 13

a) Personalienfeld

a1) Zuzahlungsfrei, -Zuzahlungspflichtig

a2) Unfallfolgen

k) Behandlungsrelevante(n) Diagnose(n) (ICD 10 - Code)

j) Diagnosegruppe

g 1) Heilmittel gemäß dem Katalog / h) Ergänzende Angaben zum Heilmittel

g 2) Ergänzendes Heilmittel

d) Therapiebericht

m) Ggf. Therapieziel / weitere med. Befunde und Hinweise

b) Heilmittelbereich

l) Leitsymptomatik

f) Behandlungseinheit

c) Hausbesuch

i) Therapiefrequenz

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

n) Vertragsarztstempel/ Unterschrift der Ärztin/Arztes

Heilmittelverordnung 13

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
 ICD-10 - Code

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

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

| Heilmittel | Behandlungseinheiten |
|------------------------|----------------------|
| | |
| | |
| | |
| Ergänzendes Heilmittel | |

Therapiebericht **Hausbesuch** ja nein **Therapiefrequenz**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

Abbildung 1 Druckbereich auf dem Verordnungsmuster (Muster 13) Vorderseite

Erläuterung zur Art der Angabe:

| | |
|----------------------------|--|
| Pflichtangabe | als Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein |
| Optionale Angabe | als optionale Angabe gekennzeichnete Felder können ausgefüllt sein |
| Konditionale Pflichtangabe | als konditionale Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein, wenn die beschriebene Voraussetzung zutrifft |

a) Personalienfeld

| | | | |
|--------------------|--------------------------------|------------------|---------|
| Zuzahlungs-frei | Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Zuzahlungs-pflicht | Name, Vorname des Versicherten | | geb. am |
| Unfall-folgen | | | |
| BVG | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| | Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

| Art der Angabe | Pflichtangabe |
|----------------------|--|
| Erläuterung | Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr., Status), Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung), Angaben zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt (Arzt-Nr., Betriebsstättennummer), Ausstellungsdatum |
| Korrekturmöglichkeit | Fehlen <ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr., Status), • Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung), • Angaben zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt (Arzt-Nr., Betriebsstättennummer) oder • das Ausstellungsdatum, |

| | |
|--------------------|---|
| | <p>kann die Behandlung nicht begonnen werden.</p> <p>Ergänzungen können ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen. Handschriftliche Änderungen des Kostenträgers (Krankenkasse) sind nicht zulässig.</p> <p>In der Blankoformularbedruckung ist bei fehlerhaften/fehlenden Angaben zur oder zum Versicherten, zum Kostenträger und zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt eine nachträgliche Korrektur nicht möglich, es ist eine neue Verordnung auszustellen.</p> |
| Korrekturzeitpunkt | <p>Fehlen die oben gemachten Angaben müssen diese von der Ärztin dem Arzt vor Beginn der Behandlung ergänzt werden. Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.</p> |

a1) Zuzahlungsfrei/ Zuzahlungspflicht

| Art der Angabe | Optionale Angabe |
|----------------------|---|
| Erläuterung | <p>Durch Setzung eines Kreuzes gibt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt an, ob eine Zuzahlungsbefreiung bei der oder dem jeweiligen Versicherten vorliegt.</p> |
| Korrekturmöglichkeit | <p>Auf den Einzug der Zuzahlung darf der Leistungserbringer unabhängig von der Kennzeichnung auf der Verordnung nur bei Vorlage einer gültigen Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse verzichten. Die Felder „Zuzahlungsfrei“ und „Zuzahlungspflicht“ müssen nicht korrigiert werden.</p> |
| Korrekturzeitpunkt | Entfällt |

a2) Unfallfolgen/BVG

| Art der Angabe | Konditionale Pflichtangabe |
|----------------------|--|
| Erläuterung | Durch Setzung eines Kreuzes kann die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt angeben, ob es sich bei der behandlungsbedürftigen Erkrankung um eine Unfallfolge oder um eine Verordnung im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) handelt. |
| Korrekturmöglichkeit | Keine Korrektur erforderlich |
| Korrekturzeitpunkt | Entfällt |

b) Heilmittelbereich

Physiotherapie

Podologische Therapie

Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Ergotherapie

Ernährungstherapie

| Art der Angabe | Optionale Angabe |
|----------------------|--|
| Erläuterung | Angabe des jeweiligen Heilmittelbereichs (hier Ernährungstherapie) |
| Korrekturmöglichkeit | Keine Korrektur erforderlich, aber Information an Ärztin oder Arzt |
| Korrekturzeitpunkt | Entfällt |

c) Hausbesuch

Hausbesuch ja nein

| Art der Angabe | Konditionale Pflichtangabe |
|----------------------|---|
| Erläuterung | Ein Hausbesuch kann nur erfolgen, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist. |
| Korrekturmöglichkeit | Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich; die Gültigkeit der Verordnung ist nicht berührt. Eine Änderung auf „Ja“ kann ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen. |
| Korrekturzeitpunkt | Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen. |

d) Therapiebericht

Therapiebericht

| Art der Angabe | Optionale Angabe |
|----------------------|---|
| Erläuterung | Ein Therapiebericht gilt als ärztlich angefordert, wenn in dem entsprechenden Feld ein Kreuz gesetzt wurde. Fehlt dieses, ist die Erstellung nicht erforderlich. |
| Korrekturmöglichkeit | Sofern die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt den Therapiebericht nachträglich anfordert, kann der Leistungserbringer das Kreuz „ja“ im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift nachträglich korrigieren. |
| Korrekturzeitpunkt | Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen. |

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

Dringlicher Behandlungsbedarf
 innerhalb von 14 Tagen

| Art der Angabe | Optionale Angabe |
|----------------------|--|
| Erläuterung | Die Behandlung muss innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem Verordnungsdatum begonnen werden. Soweit ein dringlicher Behandlungsbeginn vermerkt ist, muss die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen. |
| Korrekturmöglichkeit | Wird der ärztlicherseits angegebene dringliche Behandlungsbedarf nicht beachtet, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Der dringliche Behandlungsbedarf darf ausschließlich von der Ärztin oder vom Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe aufgehoben werden. Die Behandlung darf dennoch nicht später als 28 Kalendertage nach Ausstellung der Verordnung beginnen. |
| Korrekturzeitpunkt | Die Änderung muss innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung erfolgen. |

f) Behandlungseinheiten

Behandlungseinheiten

| |
|--|
| |
| |
| |

| Art der Angabe | Pflichtangabe |
|----------------|---|
| Erläuterung | Entsprechend § 42 Absatz 2 HeilM-RL sowie des zweiten Teils der HeilM-RL (Heilmittelkatalog) kann auf einer Verordnung der Bedarf an Ernährungstherapie für maximal 12 Wochen in Einheiten von je 30 Minuten verordnet werden. Die Verordnungsmenge der 30-Minuten-Einheiten ist zahlenmäßig nicht begrenzt. Reicht die verordnete Menge nicht für die Behandlung in einem 12-Wochen- |

| | |
|----------------------|---|
| | Zeitraum aus, kann eine weitere Verordnung ausgestellt werden. |
| Korrekturmöglichkeit | Fehlt die Angabe der Behandlungsmenge, ist diese von der Ärztin oder vom Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen. |
| Korrekturmöglichkeit | Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen. |

g1) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (inkl. h, ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel)

| |
|--|
| <p>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Heilmittel</p> |
| |
| |
| |

| | |
|-----------------------|---|
| Art der Angabe | Pflichtangabe |
| Erläuterung | <p>Es sind ausschließlich Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog verordnungsfähig.</p> <p>Eine Ernährungstherapie wird in Einheiten von 30 Minuten verordnet. Sofern therapeutisch notwendig, können auch mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden.</p> <p>Ernährungstherapie wird in der Regel als Einzeltherapie verordnet, ist aber auch als Gruppentherapie möglich.</p> <p>Die Heilmittel können daher Angaben zur Gruppenbehandlung sowie ergänzende Angaben zum Heilmittel enthalten.</p> |
| Korrekturmöglichkeit | <p><u>Heilmittel:</u> Fehlt die richtlinienkonforme Angabe eines Heilmittels oder ist diese unvollständig, fehlerhaft oder passt nicht zur Diagnosegruppe, muss eine Korrektur durch die Ärztin oder den Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.</p> |

Sofern die Ärztin oder der Arzt ergänzende Angaben zum Heilmittel gemacht hat, kann hiervon im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift abgewichen werden. Die Änderung ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.

Einzel- und Gruppenbehandlung:

Wurde Einzeltherapie verordnet und sollen einzelne oder alle Einheiten nach Rücksprache mit dem Arzt als Gruppentherapie erbracht werden, so kann ohne weitere Korrektur die Gruppentherapie abgerechnet werden. Die erfolgte Rücksprache ist auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks zu dokumentieren.

Eine Änderung von Gruppen- auf Einzeltherapie ist möglich und vom Leistungserbringer nach Information der Ärztin oder des Arztes auf der Rückseite der Verordnung an der dafür vorgesehenen Stelle zu dokumentieren und zu begründen.

Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung von der Frequenz

Änderung in

Gruppen-therapie Einzel-therapie

| | |
|--------------------|---|
| Korrekturzeitpunkt | Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen. |
|--------------------|---|

g2) Ergänzendes Heilmittel

Ergänzendes Heilmittel

| | |
|----------------------|--|
| Art der Angabe | Entfällt |
| Erläuterung | Ergänzende Heilmittel können gemäß Heilmittel-Richtlinie von der Ärztin oder dem Arzt nicht verordnet werden und somit auch nicht vom Leistungserbringer abgegeben und abgerechnet werden. |
| Korrekturmöglichkeit | Keine Korrektur erforderlich |
| Korrekturzeitpunkt | Entfällt |

i) Therapiefrequenz

Therapie-
frequenz

Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung
von der Frequenz

| | |
|----------------------|--|
| Art der Angabe | Kann in der Ernährungstherapie entfallen |
| Erläuterung | Die Festlegung der Frequenz der Behandlungseinheiten erfolgt symptom- und bedarfsorientiert durch den Leistungserbringer und in enger Abstimmung mit der Ärztin/dem Arzt. Sofern therapeutisch notwendig, können auch mehrere Behandlungseinheiten pro Tag erbracht werden, diese müssen nicht zwingend zusammenhängend erfolgen. Sofern die Ärztin oder der Arzt Angaben zu der Therapiefrequenz macht, sind diese für den Leistungserbringer nicht bindend, vgl. § 16 Absatz 3 HeilM-RL. |
| Korrekturmöglichkeit | Keine Korrektur erforderlich |
| Korrekturzeitpunkt | Entfällt |

j) Diagnosegruppe

Diagnose-
gruppe

| | |
|----------------------|---|
| Art der Angabe | Pflichtangabe |
| Erläuterung | Es ist eine Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog anzugeben. |
| Korrekturmöglichkeit | Die Diagnosegruppe kann nur arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe ergänzt oder geändert werden. |
| Korrekturzeitpunkt | Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen. |

k) Behandlungsrelevante Diagnose (ICD 10 - Code)

| | |
|--|--|
| Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code | |
| | |
| | |

| Art der Angabe | Pflichtangabe |
|----------------------|---|
| Erläuterung | Die Angabe der therapierelevanten Diagnose muss in Form eines oder mehrerer ICD-10-Schlüssel und/oder als Klartext erfolgen. Der ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden. |
| Korrekturmöglichkeit | Fehlt die Angabe der Diagnose oder ist diese erkennbar nicht therapierelevant, ist diese mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen oder zu korrigieren. |
| Korrekturzeitpunkt | Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen. |

l) Leitsymptomatik

| | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|--------------------------|
| Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> b | <input type="checkbox"/> c | patientenindividuelle Leitsymptomatik | <input type="checkbox"/> |
| Leitsymptomatik (<i>patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben</i>) | | | | | |
| | | | | | |

| Art der Angabe | Pflichtangabe |
|----------------------|---|
| Erläuterung | Die Leitsymptomatik ist nach Heilmittelkatalog anzugeben. Diese ist entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik a), b), c) oder als Klartext anzugeben. Alternativ kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der oder des Versicherten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden. |
| Korrekturmöglichkeit | Fehlt die Leitsymptomatik oder ist sie erkennbar falsch, kann sie im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift nachgetragen, ergänzt oder geändert werden. |

| | |
|--------------------|---|
| Korrekturzeitpunkt | Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen. |
|--------------------|---|

m) Ggf. Therapieziel / weitere med. Befunde und Hinweise

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

| Art der Angabe | Optionale Angabe |
|----------------------|---|
| Erläuterung | Die Angabe eines Therapieziels ist nicht zwingend erforderlich. Soweit ärztlicherseits zusätzliche Angaben zu den wesentlichen Befunden, zu Vor- und Begleiterkrankungen gemacht wurden oder ergänzende Hinweise an den Leistungserbringer übermittelt werden sollen, können diese hier vermerkt werden. Die Ärztin oder der Arzt kann hier den Ausschluss von telemedizinischen Leistungen vermerken. |
| Korrekturmöglichkeit | Sofern die Ärztin oder der Arzt telemedizinische Leistungen ausgeschlossen hat, kann die Änderung nur im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne ihrer bzw. seiner erneuten Unterschrift durch den Leistungserbringer erfolgen. |
| Korrekturzeitpunkt | Die Korrektur/Änderung bei Ausschluss von telemedizinischen Leistungen muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen. |

n) Vertragsarztstempel und Arztunterschrift

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

| | |
|----------------------|---|
| Art der Angabe | Pflichtangabe |
| Erläuterung | Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie ärztlich unterschrieben und mit seinem Arztstempel versehen ist. |
| Korrekturmöglichkeit | Korrekturen oder Ergänzungen der Arztunterschrift und/oder des Arztstempels können ausschließlich ärztlicherseits erfolgen. |
| Korrekturzeitpunkt | Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen. |

o) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahme, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten)

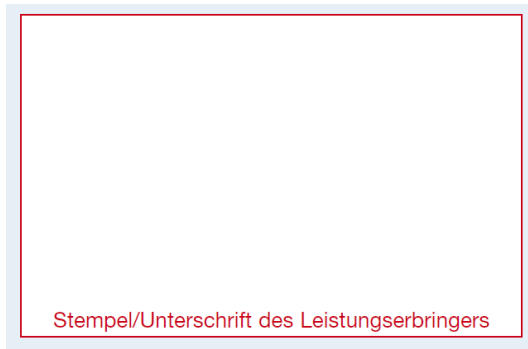
Empfangsbestätigung durch den Versicherten
 Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

| Datum | Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche) | Leistungserbringer | Unterschrift des Versicherten |
|-------|--|--------------------|-------------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| . | | | |

| | |
|----------------------|---|
| Art der Angabe | Pflichtangabe |
| Erläuterung | Die abgegebene Leistung sowie der ggf. durchgeführte Hausbesuch sind vom Leistungserbringer am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe unter Angabe des Datums und Namenskürzels des abgebenden Leistungserbringers verständlich im Wortlaut einzutragen und von der Versicherten oder vom Versicherten durch Unterschrift zu bestätigen. Bei Leistungen der Ernährungstherapie ist zusätzlich die Therapiedauer je Sitzung der erbrachten Maßnahme an der Patientin oder am Patienten anzugeben. Für telemedizinische Leistungen ist am Behandlungstag in der jeweiligen Zeile im Feld „Unterschrift des Versicherten“ vom Leistungserbringer der Begriff „telemedizinische Leistung“ oder die Kurzbezeichnung „TML“ einzutragen. |
| Korrekturmöglichkeit | Korrekturen oder Ergänzungen sind durch erneute Unterschrift der Versicherten oder des Versicherten |

| | |
|----------------------|--|
| | die Behandlung nicht bis zum Erreichen der verordneten Behandlungsmenge durchgeführt wurde. |
| Korrekturmöglichkeit | Entfällt |
| Korrekturzeitpunkt | Entfällt |

r) Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers



| | |
|----------------------|---|
| Art der Angabe | Pflichtangabe |
| Erläuterung | Durch Unterschrift und ggf. Praxisstempel ist vom Leistungserbringer die Richtigkeit der gemachten Angaben zu bestätigen. |
| Korrekturmöglichkeit | Korrekturen oder Ergänzungen des Stempels oder der Unterschrift sind auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen. |
| Korrekturzeitpunkt | Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen. |