

# Die Abrechnungsstelle Niedersachsen für Heil-u. Hilfsmittel GmbH-ARNI



## informiert !

Hannover November/Dezember 2020

### **+ Wichtiger Hinweis zu den neuen Verordnungsformularen ab Januar 2021+**

Sehr geehrte Mitglieder,

im Zuge der neuen Heilmittelrichtlinie werden ab Januar 2021 auch neue Verordnungsvordrucke eingeführt. Diese Vordrucke sehen keine Felder für Positionsnummer und Zuzahlungsbeträge vor.

Um Ihre Abrechnung wie gewohnt schnell und sicher abzuwickeln, bitten wir Sie, die abzurechnenden Positionsnummern mit Anzahl wie im umseitigen Muster auf den Vordrucken einzutragen.

Ebenso möchten wir Sie bitten, die Patienten eindeutig als „zuzahlungsfrei“ zu kennzeichnen, sollte eine Zuzahlungsbefreiung vorliegen.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe!

Nähere Informationen zum Umgang mit der neuen Heilmittelrichtlinie und dem neuen Verordnungsformular werden wir in Kürze auf unserer Homepage veröffentlichen. Bitte tragen Sie Sie sich auch für den Versand unsers Newsletter unter <https://arni-gmbh.de/ueber-uns/newsletter/> ein. Dort versenden wir ebenfalls wichtige tagesaktuelle Informationen.

**Mit freundlichen Grüßen**

**Ihr Arni-Team**

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

## Heilmittelverordnung 13

- Physiotherapie
- Podologische Therapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Erg...
- Ern...

Frei  
oder  
0,00

Hier bitte angeben, ob Patient von Zuzahlung befreit ist

6x 20501  
6x 21501  
6x 29933

Hier bitte die  
Positionsnummern  
mit Anzahl  
eintragen

### Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

Diagnose-  
gruppe

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

Therapie-  
frequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf  
innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes