

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

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