

Heilmittelverordnung

Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten	
Unfall/Unfallfolgen	geb. am	
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
	Status	
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
	Datum	

IK des Leistungserbringers

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

Heilmittel-Pos.-Nr.

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

Faktor

--	--

Wegegeld-/Pauschale

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

Faktor

--	--

km

--	--	--	--

Hausbesuch

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

Faktor

--	--

Gesamt-Brutto

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

Heilmittel-Pos.-Nr.

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

Faktor

--	--

Hausbesuch

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

Faktor

--	--

Rechnungsnummer

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

Belegnummer

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

--

Stimmtherapie

--

Sprechtherapie

--

Sprachtherapie

Therapiedauer

pro Sitzung: _____ Minuten

Verordnungs-

menge: _____

Therapie-

frequenz: _____ pro

Woche

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

<input type="checkbox"/> Erst-verordnung	<input type="checkbox"/> Folge-verordnung	<input type="checkbox"/> Gruppen-therapie	Behandlungsbeginn spätestens am:
			T T M M J J
<input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles	Hausbesuch	Therapiebericht	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Indikationsschlüssel

--	--	--	--

ICD-10 - Code

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

Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund
(z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund)

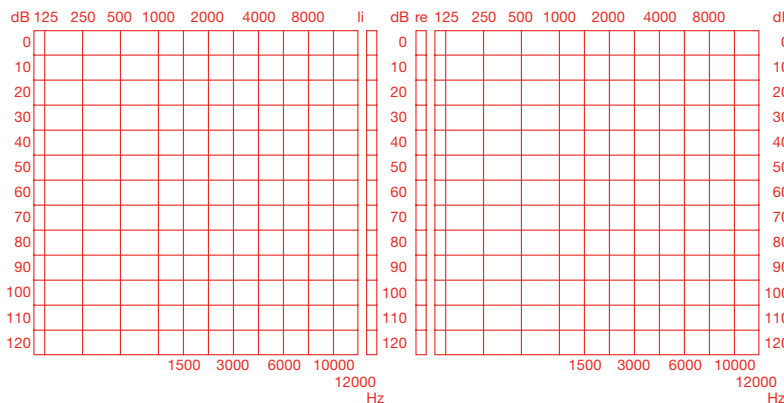
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)

Tonaudiogramm vom _____

Bitte bei pathologischem oder unsicherem Tonschwellenaudiogramm
Tympanogramm und **Sprachaudiogramm** beifügen.

Das Tonaudiogramm ist bei Kindern in laufender Behandlung nach einem halben Jahr zu wiederholen.



Freifeldbefunde
ermittelt durch:

--

Reaktion

--

Konditionierung

--

eigene Angaben

Trommelfellbefund:

Rechts

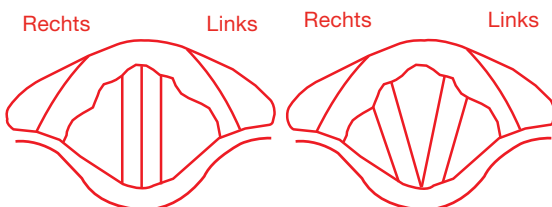
--

Links

--

--

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)



Lupenlaryngoskopie: _____

--

Lupenstroboskopie

Amplitude

Randkantenverschiebung

Regularität

--

Ja

--

Nein

Kompletter Glottisschluss

--

Ja

--

Nein

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

☐ Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

☐ Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Begründung der Ablehnung: _____

Datum

T T M M J J

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Therapieeinheiten erhalten zu haben

Datum		Minuten	Unterschrift des Versicherten	Datum		Minuten	Unterschrift des Versicherten
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

Datum

☐ Behandlungsabbruch am

T T M M J J

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

☐ Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

☐ Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Freigabe 08.01.2013

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers