

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. |
| EWR/CH | Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis |
| | | Datum |

| | | |
|----------------------------|------------------|---------------------|
| IK des Leistungserbringers | Gesamt-Zuzahlung | Gesamt-Brutto |
| Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor | Heilmittel-Pos.-Nr. |
| Wegegeld-/Pauschale | Faktor | km |
| Rechnungsnummer | Hausbesuch | Faktor |
| Belegnummer | Hausbesuch | Faktor |

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)
Behandlungsbeginn spätestens am:

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erstverordnung | <input type="checkbox"/> Folgeverordnung | <input type="checkbox"/> Gruppentherapie |
| <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles | Hausbesuch | Therapiebericht |
| | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

Stimmtherapie **Sprechtherapie** **Sprachtherapie**

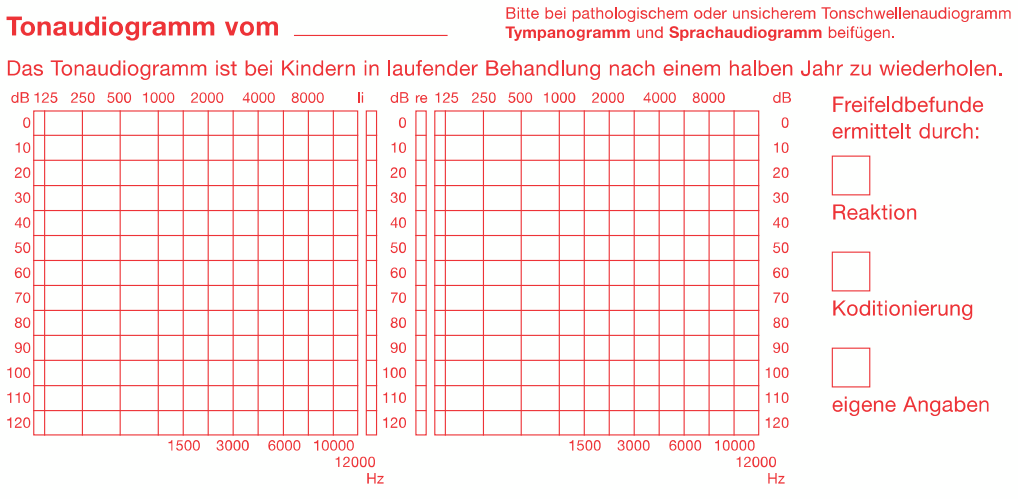
Therapiedauer pro Sitzung: _____ Minuten Verordnungs- menge: _____ Therapie- frequenz: _____ pro Woche

Indikationsschlüssel **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)



Trommelfellbefund:

Rechts _____

Links _____

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)

Rechts

Links

Lupenlaryngoskopie: _____

Lupenstroboskopie: Rechts Links

Amplitude _____

Randkantenverschiebung _____

Regularität Ja Nein

Kompletter Glottisschluss Ja Nein

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 14.1 (7.2004)

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 Patienten | 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:

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers