

Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	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: **T T M M J J**

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Hausbesuch: Ja Nein
 Therapiebericht: Ja Nein

Stimmtherapie
 Sprechtherapie
 Sprachtherapie

Therapiedauer pro Sitzung: _____ Minuten
 Verordnungsmenge: _____
 Therapiefrequenz: _____ pro Woche

Indikationsschlüssel

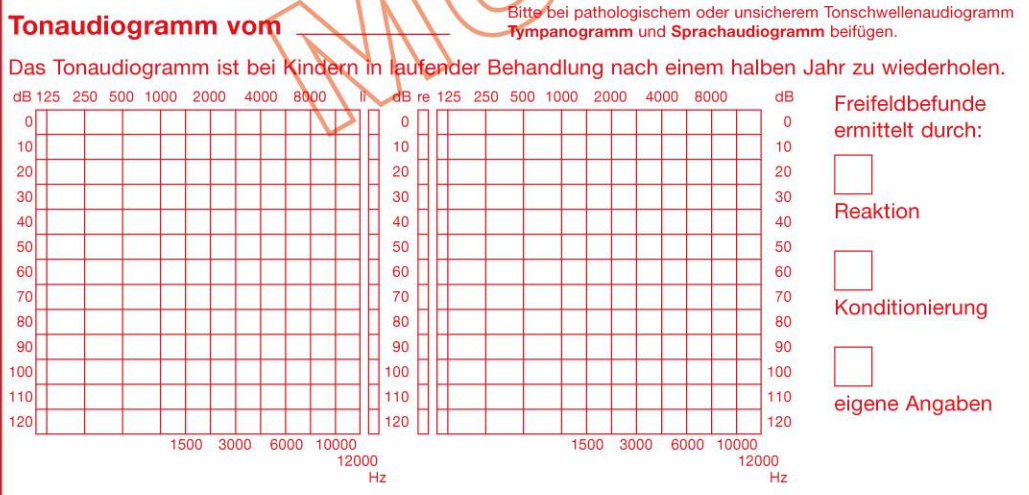
Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

ICD-10 - Code

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 Rechts Links

Lupenlaryngoskopie: _____

Lupenstroboskopie: _____

Amplitude

Randkantenverschiebung

Regularität: Ja Nein

Kompletter Glottisschluss: Ja Nein

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		

MUSTER

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