

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zu- hän- ge- n Bitte angeben	Krankenkasse bzw. Kostenträger Bitte angeben		
	Name, Vorname des Versicherten Bitte angeben geb. am _____		
Unfall/ Unfall- folgen BVG	Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Bitte angeben	Bitte angeben	
	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum
	Bitte angeben	Bitte angeben	
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges			
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen Hausbesuch <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein Therapiebericht <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

<p>Physiotherapie</p> <p><u>Vorrangige Heilmittel:</u></p> <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45	<p><u>Ergänzende Heilmittel:</u></p> <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	<p>Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie</p> <p>Therapiedauer</p> <input type="checkbox"/> 30 min. ____ <input checked="" type="checkbox"/> 45 min. ____ <input type="checkbox"/> 60 min. ____	<p>Anzahl pro Woche <input checked="" type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input checked="" type="checkbox"/> 1x 2x 3x</p> <p>Verordnungsmenge <input type="text" value="10"/></p> <hr/> <p><i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i></p> <p>Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x</p> <p>Verordnungsmenge <input type="text"/></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indikationsschlüssel <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Z	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele Orofaciale Funktionsstörungen
ICD-10 – Code <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Störungen der orofacialen Funktion ohne Beeinträchtigung der Artikulation (des Sprechens)
ICD-10 – Code <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)

	<p>Bitte angeben</p>
--	-----------------------------

IK des Leistungserbringers

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

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Vordr. 9