Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Bitte angeben

Zuzahlungspflicht

Unfall/ Unfallfolgen

BVG

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Bitte angeben

Name, Vorname des Versicherten
Bitte angeben

geb. am

Kostenträgererkennung | Versicherten-Nr. | Status
Bitte angeben | **Bitte angeben** |

Vertragszahnarzt-Nr. | Datum
Bitte angeben | **Bitte angeben**

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

☐ Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Hausbesuch: ☐ Ja ☒ Nein

Therapiebericht: ☒ Ja

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie

Vorrangige Heilmittel:

- ☐ KG
- ☐ KG-ZNS-Kinder
  - ☐ Bobath
  - ☐ Vojta
- ☐ KG-ZNS
  - ☐ Bobath
  - ☐ Vojta
  - ☐ PNF
- ☐ MT
- ☐ MLD 30
- ☐ MLD 45

Ergänzende Heilmittel:

- ☐ Kälte
- ☐ Wärme
  - ☐ Heißluft
  - ☐ Heiße Rolle
  - ☐ Ultraschall
  - ☐ Packungen
- ☐ Elektrostimulation
- ☐ Elektrotherapie

Ggf. Spezifizierung

_____

_____

☐ Übungsbehandlung

Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie

Therapiedauer

- ☐ 30 min.
- ☒ 45 min.
- ☐ 60 min.

Anzahl pro Woche

☒ 1x ☐ 2x ☒ 3x

Verordnungsmenge

10

ggf. ergänzendes Heilmittel

Anzahl pro Woche

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

Verordnungsmenge

Indikationsschlüssel: ☐ S P Z

Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Störungen des Sprechens

ICD-10 – Code

Störungen des orofacialen Muskelgleichgewichts

ICD-10 – Code

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

Vordr. 9

IK des Leistungserbringers

Bitte angeben

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes