

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
EWR/CH	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

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

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Behandlungsbeginn spätestens am:

<input type="checkbox"/> 1 Erstverordnung	<input type="checkbox"/> 1 Folgeverordnung	<input type="checkbox"/> 4 Gruppentherapie	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 2 Verordnung außerhalb des Regelfalles	<input type="checkbox"/> 6 Ja	<input type="checkbox"/> 6 Nein	<input type="checkbox"/> 7 Ja	<input type="checkbox"/> 7 Nein	<input type="checkbox"/> 7 Ja	<input type="checkbox"/> 7 Nein

<input type="checkbox"/> 9 Stimmtherapie	<input type="checkbox"/> 9 Sprechtherapie	<input type="checkbox"/> 9 Sprachtherapie
Therapiedauer pro Sitzung: <input type="text"/> 14 Minuten	Verordnungsmenge: <input type="text"/> 8	Therapiefrequenz: <input type="text"/> 10 pro Woche

Indikationsschlüssel 11

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

12

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

16

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

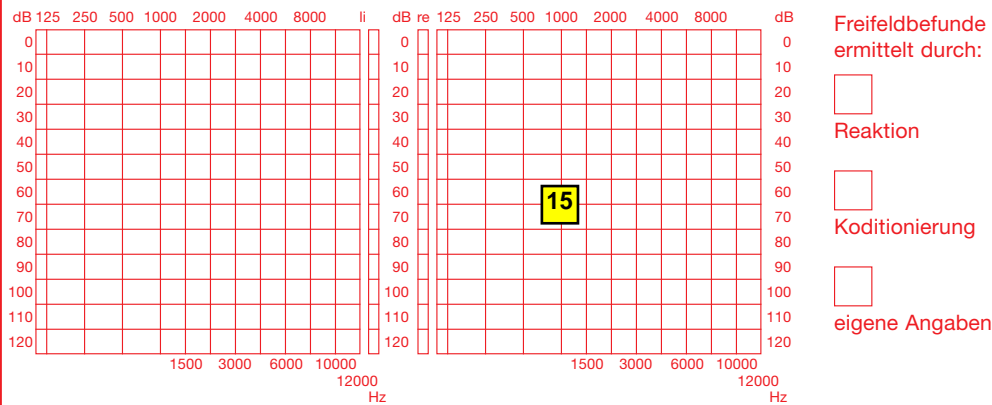
13

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)

3

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.

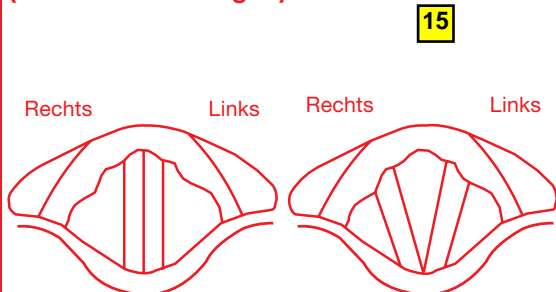


Trommelfellbefund:

Rechts _____

Links 15 _____

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)



Lupenlaryngoskopie: _____

Lupenstroboskopie Rechts Links

Amplitude _____

Randkantenverschiebung _____

Regularität Ja Nein

Kompletter Glottisschluss Ja Nein

Freigabe
18. 05. 2004

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes