

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-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)

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

Behandlungsbeginn spätestens, am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

<h3>Physiotherapie und physikalische Therapie</h3> <p>Vorrangige Heilmittel:</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>Ergänzende Heilmittel:</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	<h3>Sprech- und Sprachtherapie</h3> <p>Therapiedauer</p> <input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 45 min. <input type="checkbox"/> 60 min.	<p>Anzahl pro Woche</p> <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input type="checkbox"/>
---	---	--	--

Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele
ICD-10 - Code	
ICD-10 - Code	

Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)	
--	--

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Begründung bei Ablehnung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. Minuten, ggf. Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Behandlungsabbruch am

Datum	T	T	M	M	J	J
-------	---	---	---	---	---	---

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt:

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers