

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 spätest. 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

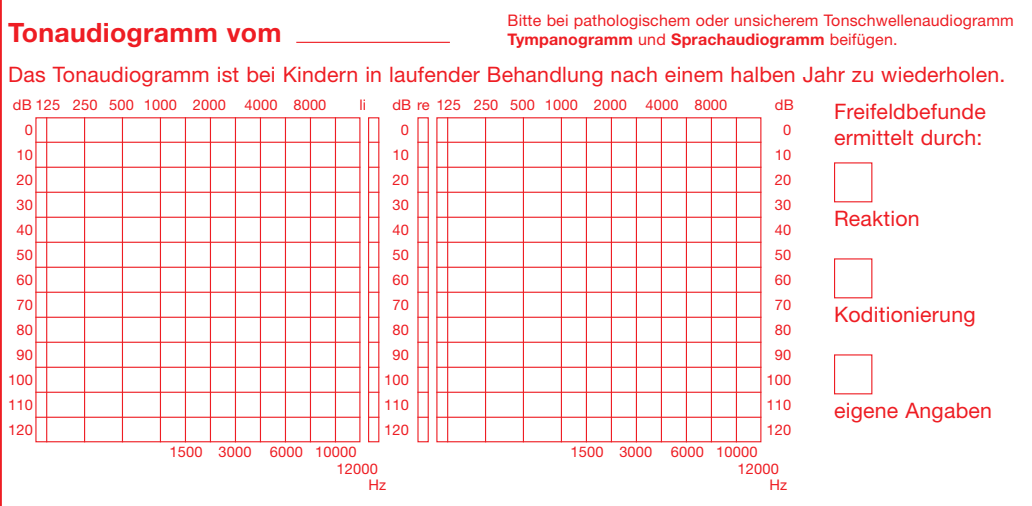
Indikationsschlüssel

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

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 Rechts Links

Amplitude _____

Randkantenverschiebung _____

Regularität Ja Nein

Kompletter Glottisschluss Ja Nein

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes