

Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Gebührpflicht. Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebührfrei Name, Vorname des Versicherten. geb. am

Unfall/Unfallfolgen

BVG Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

EWR/CH Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor

Wegegeld-/Pauschale Faktor km Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Behandlungsbeginn spätestens, am: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Verordnung außerhalb des Regelfalles Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja Nein

Stimmtherapie **Sprechtherapie** **Sprachtherapie**

Therapiedauer pro Sitzung: _____ Minuten

Verordnungsmenge: _____

Therapiefrequenz: _____ pro Woche

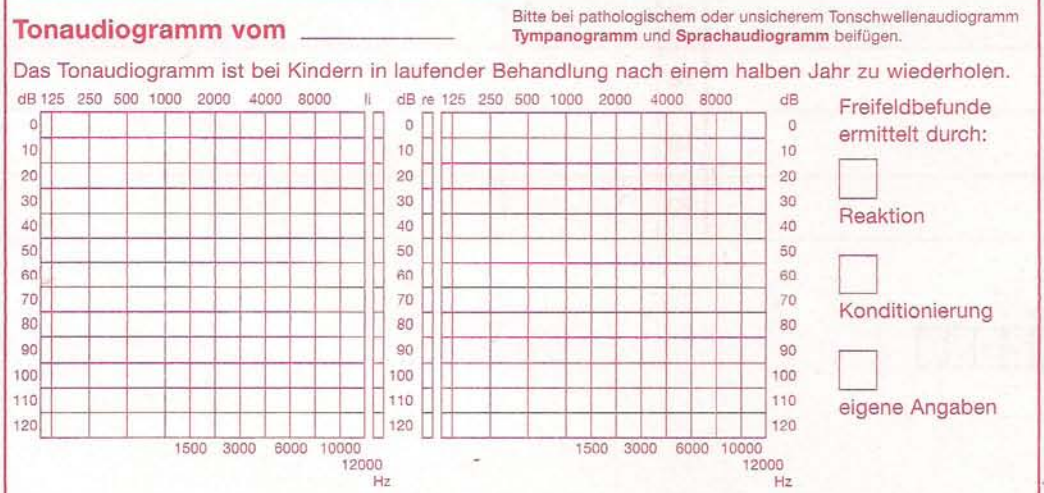
Indikationsschlüssel [] [] [] []

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