Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am
Unfallfolgen	
BVG	Kostenträgerkennung / Versicherten-Nr. / Status
	Betriebsstätten-Nr. / Arzt-Nr. / Datum

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor

Rechnungsnummer

Belegnummer

Geschlecht weiblich ☐ männlich ☐

Förder- und Behandlungsplan gemäß Rahmenvertrag für medizinisch therapeutische Leistungen zur Behandlung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen in **interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Fördereinrichtungen (RV IHF)**

Diagnose / Befund: _____

_____

_____

ICD 10 (Bitte stets angeben): _____

Die Behandlung ist wie folgt durchzuführen:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
☐ Physiotherapie	__ BE ☐ Woche ☐ Monat	__ BE ☐ Woche ☐ Monat
☐ Sprachtherapie	__ BE ☐ Woche ☐ Monat	__ BE ☐ Woche ☐ Monat
☐ Ergotherapie	__ BE ☐ Woche ☐ Monat	__ BE ☐ Woche ☐ Monat

Voraussichtliche Behandlungsdauer von: _____ bis: _____

Der Förder- und Behandlungsplan wurde im Benehmen mit der interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Fördereinrichtung sowie unter Einbeziehung und Mitwirkung der Sorgeberechtigten erstellt.

Ärztliche Bemerkungen:

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

Ergänzende Anmerkungen des Therapeuten im Sinne des § 12 Rahmenvertrag vom 01.09.2010

_____

Korrektur