

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
EW/CH	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:

<input type="checkbox"/> Physiotherapie  <input type="checkbox"/> Sprachtherapie  <input type="checkbox"/> Ergotherapie	<b>Einzelbehandlung</b> ___ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat	<b>Gruppenbehandlung</b> ___ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat
	___ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat	___ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat
	___ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat	___ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> 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  
 \_\_\_\_\_

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten  geb. am		
Unfall/Unfallfolgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
EWB/CH	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
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	__ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat	__ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie	__ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat	__ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	__ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat	__ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> 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

\_\_\_\_\_

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	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			
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:

<input type="checkbox"/> Physiotherapie	Einzelbehandlung ___ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat	Gruppenbehandlung ___ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie	___ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat	___ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	___ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat	___ BE <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> 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

\_\_\_\_\_