

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

**der GKV-Spitzenverband**  
**(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)**, K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren die nachstehende

**5. Änderung**  
**der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-**  
**Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertrags-**  
**ärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014**



2.13.8 Muster 13.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles**

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.
  Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum \_\_\_\_\_

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. auch Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Datum

Behandlungsabbruch am \_\_\_\_\_

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers


⌞ Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
KBV-PRF-NR.  
Muster 13.2/E (1.2017)

*Original: DIN A5 hoch*

2. Die Nummern 2.14 sowie 2.14.6 und 2.14.7 werden wie folgt geändert:

*„2.14 Muster 14/E: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) (Stand: 1.2017)*

2.14.6 Muster 14.1/E

<input type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger <input type="checkbox"/> Gebührlpflicht <input type="checkbox"/> Gebührlfrei <input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen <input type="checkbox"/> BVG	Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am _____</span> Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____ <b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b> <input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Gruppentherapie <span style="float: right;">Behandlungsbeginn spätestens am _____</span> <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Hausbesuch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Therapiebericht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<h2 style="text-align: center;">Heilmittelverordnung</h2> <h3 style="text-align: center;">Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</h3> <div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">14</div> 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 _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> <b>Stimmtherapie</b> <input type="checkbox"/> <b>Sprechtherapie</b> <input type="checkbox"/> <b>Sprachtherapie</b> Therapiedauer pro Sitzung: _____ Minuten <span style="margin-left: 50px;">Verordnungsmenge: _____</span> <span style="margin-left: 50px;">Therapiefrequenz: _____ pro Woche</span>																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Indikationsschlüssel <b>Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z. B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)</b> ICD-10 - Code _____ ICD-10 - Code _____ Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund) _____ Ggf. Spezifizierung der Therapieziele _____ Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt) _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<b>Tonaudiogramm vom _____</b> <span style="float: right; font-size: 0.8em;">Bitte bei pathologischem oder unsicherem Tonschwellenaudiogramm Tympanogramm und Sprachaudiogramm beifügen.</span> Das Tonaudiogramm ist bei Kindern in laufender Behandlung nach einem halben Jahr zu wiederholen. <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">dB</td><td>125</td><td>250</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>4000</td><td>8000</td><td>10000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">12000</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Hz</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">dB</td><td>125</td><td>250</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>4000</td><td>8000</td><td>10000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">12000</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Hz</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> </tr> </table>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">dB</td><td>125</td><td>250</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>4000</td><td>8000</td><td>10000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">12000</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Hz</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	dB	125	250	500	1000	2000	4000	8000	10000	0									10									20									30									40									50									60									70									80									90									100									110									120									12000									Hz									<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">dB</td><td>125</td><td>250</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>4000</td><td>8000</td><td>10000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">12000</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Hz</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	dB	125	250	500	1000	2000	4000	8000	10000	0									10									20									30									40									50									60									70									80									90									100									110									120									12000									Hz									<b>Trommelfellbefund:</b> Rechts _____ _____ Links _____ _____ _____ _____ _____
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">dB</td><td>125</td><td>250</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>4000</td><td>8000</td><td>10000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">12000</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Hz</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	dB	125	250	500	1000	2000	4000	8000	10000	0									10									20									30									40									50									60									70									80									90									100									110									120									12000									Hz									<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">dB</td><td>125</td><td>250</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>4000</td><td>8000</td><td>10000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">12000</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Hz</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	dB	125	250	500	1000	2000	4000	8000	10000	0									10									20									30									40									50									60									70									80									90									100									110									120									12000									Hz											
dB	125	250	500	1000	2000	4000	8000	10000																																																																																																																																																																																																																																																																																												
0																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
10																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
20																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
30																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
40																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
50																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
60																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
70																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
80																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
90																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
100																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
110																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
120																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
12000																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Hz																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
dB	125	250	500	1000	2000	4000	8000	10000																																																																																																																																																																																																																																																																																												
0																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
10																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
20																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
30																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
40																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
50																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
60																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
70																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
80																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
90																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
100																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
110																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
120																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
12000																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Hz																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<b>Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)</b> Rechts Links Rechts Links  Lupenlaryngoskopie: _____ _____ Lupenstroboskopie <span style="margin-left: 50px;">Rechts</span> <span style="margin-left: 50px;">Links</span> Amplitude _____ Randkantenverschiebung _____ Regularität <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kompletter Glottisschluss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes _____ KBV-PRF.NR. _____ Muster 14.1/E (1.2017)																																																																																																																																																																																																																																																																																																		

Original: DIN A4 hoch

2.14.7 Muster 14.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles**

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Begründung der Ablehnung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

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

**Empfangsbestätigung durch den Versicherten**

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Therapieeinheiten erhalten zu haben

Datum	Minuten	Unterschrift des Versicherten	Datum	Minuten	Unterschrift des Versicherten
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

Datum

Behandlungsabbruch am \_\_\_\_\_

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Original: DIN A4hoch

3. Die Nummern 2.18 sowie 2.18.7 und 2.18.8 werden wie folgt geändert:

„2.18 Muster 18/E: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie)  
(Stand: 1.2017)

2.18.7 Muster 18.1/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Geb. pf.</td> <td colspan="2">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Geb. frei</td> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Geb. nicht folgend</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">geb. am _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">BVG</td> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Geb. pf.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Geb. frei	Name, Vorname des Versicherten		Geb. nicht folgend	geb. am _____		BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.			Status			Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Heilmittelverordnung 18 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">7</span></div> <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.1em;">Maßnahmen der Ergotherapie</div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">IK des Leistungserbringers _____</p> <p>Gesamt-Zuzahlung _____ Gesamt-Brutto _____</p> <p>Heilmittel-Pos.-Nr. _____ Faktor _____ Heilmittel-Pos.-Nr. _____</p> <p>Heilmittel-Pos.-Nr. _____ Faktor _____</p> <p>Wegegeld-/Pauschale _____ Faktor _____ km _____</p> <p>Hausbesuch _____ Faktor _____ Hausbesuch _____ Faktor _____</p> <p>Rechnungsnummer _____</p> <p>Belegnummer _____</p>
Geb. pf.	Krankenkasse bzw. Kostenträger																					
Geb. frei	Name, Vorname des Versicherten																					
Geb. nicht folgend	geb. am _____																					
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.																				
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.																				
		Status																				
		Datum																				
<p><b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Erstverordnung            <input type="checkbox"/> Folgeverordnung            <input type="checkbox"/> Gruppentherapie       </p> <p> <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles            Behandlungsbeginn spätestens am _____       </p> <p> <b>Hausbesuch</b>                      <b>Therapiebericht</b>  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein                      <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein       </p>																						
<p>Verordnungs- <b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b>                      Anzahl pro Woche</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>																						
<p>Indikationsschlüssel    <b>Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde</b></p> <p>ICD-10 - Code _____</p> <p>ICD-10 - Code _____</p> <p>Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																						
<p style="font-size: 0.8em;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>		<p style="font-size: 0.8em;">KBV-PRF NR Muster 18.1/E (1.2017)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="font-size: 0.8em; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>																				

Original: DIN A5 hoch

2.18.8 Muster 18.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

**Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles**

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.
  Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum \_\_\_\_\_

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. auch Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Datum

Behandlungsabbruch am \_\_\_\_\_

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

⌂ Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
KBV-PRF-NR.  
Muster 18.2/E (1.2017)

Original: DIN A5 hoch

**Artikel 2**  
**Inkrafttreten**

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.01.2017 in Kraft.

Berlin, den 05.05.2016

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin