# Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Gebühr pflicht. / Gebühr frei / Unfall/ Unfall-folgen / BVG

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Vertragszahnarzt-Nr. | Datum

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung

Gesamt-Brutto

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

Wegegeld-/Pauschale | Faktor | km | Hausbesuch | Faktor | Hausbesuch | Faktor

Rechnungsnummer

Belegnummer

**Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)**

☐ Erst-verordnung ☐ Folge-verordnung

☐ Verordnung außerhalb des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätest. am T T M M J J

Hausbesuch ☐ Ja ☐ Nein

Therapiebericht ☐ Ja

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

### Physiotherapie und physikalische Therapie

**Vorrangige Heilmittel:**

- ☐ KG
- ☐ KG-ZNS-Kinder
  - ☐ Bobath
  - ☐ Vojta
- ☐ KG-ZNS
  - ☐ Bobath
  - ☐ Vojta
  - ☐ PNF
- ☐ MT
- ☐ MLD 30
- ☐ MLD 45

**Ergänzende Heilmittel:**

- ☐ Kälte
- ☐ Wärme
  - ☐ Heißluft
  - ☐ Heiße Rolle
  - ☐ Ultraschall
  - ☐ Packungen
- ☐ Elektrostimulation
- ☐ Elektrotherapie

Ggf. Spezifizierung

☐ Übungsbehandlung

### Sprech- und Sprachtherapie

**Therapiedauer**

- ☐ 30 min.
- ☐ 45 min.
- ☐ 60 min.

**Anzahl pro Woche**

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

**Verordnungsmenge**

*ggf. ergänzendes Heilmittel*

**Anzahl pro Woche**

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x

**Verordnungsmenge**

Indikationsschlüssel

Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele

ICD-10 – Code

ICD-10 – Code

Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

MUSTER

Vordruck-Nr. Z13 05/17 SCHÜTZDRUCK Tel. (05 11) 32 73 44 · www.schuetzdruck.de

## Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

☐ Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

☐ Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum T T M M J J

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. Minuten, ggf. Hausbesuche) | Unterschrift des Versicherten |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

☐ Behandlungsabbruch am Datum T T M M J J

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt:

☐ Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

MUSTER