

# Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum

IK des Leistungserbringers	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km
Rechnungsnummer	Hausbesuch	Faktor
Belegnummer	Hausbesuch	Faktor

## Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung      Folgeverordnung  
 Verordnung außerhalb des Regelfalles      Behandlungsbeginn spätestens, am  
T T M M J J  
 Hausbesuch:  Ja    Nein     Therapiebericht:  Ja

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

<p><b>Physiotherapie und physikalische Therapie</b></p> <p><b>Vorrangige Heilmittel:</b></p> <p><input type="checkbox"/> KG  <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder        <input type="checkbox"/> Bobath        <input type="checkbox"/> Vojta</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS        <input type="checkbox"/> Bobath        <input type="checkbox"/> Vojta        <input type="checkbox"/> PNF</p> <p><input type="checkbox"/> MT  <input type="checkbox"/> MLD 30  <input type="checkbox"/> MLD 45</p>	<p><b>Ergänzende Heilmittel:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kälte     <input type="checkbox"/> Elektrostimulation  <input type="checkbox"/> Wärme     <input type="checkbox"/> Elektrotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Heißluft  <input type="checkbox"/> Heiße Rolle  <input type="checkbox"/> Ultraschall  <input type="checkbox"/> Packungen</p> <p>Ggf. Spezifizierung      _____      _____</p> <p><input type="checkbox"/> Übungsbehandlung</p>	<p><b>Sprech- und Sprachtherapie</b></p> <p><b>Therapiedauer</b></p> <p><input type="checkbox"/> 30 min.  <input type="checkbox"/> 45 min.  <input type="checkbox"/> 60 min.</p>	<p><b>Anzahl pro Woche</b></p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>      1x 2x 3x</p> <p><b>Verordnungsmenge</b></p> <p><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i></p> <p><b>Anzahl pro Woche</b></p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>      1x 2x 3x</p> <p><b>Verordnungsmenge</b></p> <p><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
---	--	--	---

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

## 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