

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

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

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch: Ja Nein Therapiebericht: Ja

Behandlungsbeginn spätestens am:

IK des Leistungserbringers	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	Hausbesuch	Faktor
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Belegnummer	Hausbesuch	Faktor
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

<p>Physiotherapie und physikalische Therapie</p> <p><u>Vorrangige Heilmittel:</u></p> <p> <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45 </p> <p><u>Ergänzende Heilmittel:</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung </p>	<p>Sprech- und Sprachtherapie</p> <p>Therapiedauer</p> <p> <input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 45 min. <input type="checkbox"/> 60 min. </p>	<p>Anzahl pro Woche</p> <p> <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x </p> <p>Verordnungsmenge</p> <p><input type="text"/></p> <p><i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i></p> <p>Anzahl pro Woche</p> <p> <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x </p> <p>Verordnungsmenge</p> <p><input type="text"/></p>
Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele	
ICD-10 - Code	<input type="text"/>	
ICD-10 - Code	<input type="text"/>	
Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)		
Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes		