Freigabe 12.03.2008

Heilmittelverordnung 14

Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Gebühr pflicht. | Gebühr frei | Unfall/ Unfallfolgen | BVG | EWR/ CH

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten — geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

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

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Behandlungsbeginn spätest. am: T T M M J J

☐ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung ☐ Gruppentherapie

☐ Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch: ☐ Ja ☐ Nein

Therapiebericht: ☐ Ja ☐ Nein

☐ **Stimmtherapie** ☐ **Sprechtherapie** ☐ **Sprachtherapie**

Therapiedauer pro Sitzung: ____ Minuten | Verordnungsmenge: ____ | Therapiefrequenz: ____ pro Woche

Indikationsschlüssel

Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund
(z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund)

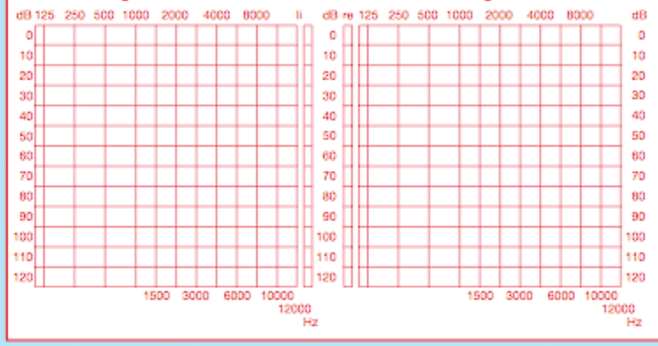
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)

Tonaudiogramm vom _____

Bitte bei pathologischem oder unsicherem Tonschwellenaudiogramm **Tympanogramm** und **Sprachaudiogramm** beifügen.

Das Tonaudiogramm ist bei Kindern in laufender Behandlung nach einem halben Jahr zu wiederholen.



Freifeldbefunde ermittelt durch:

☐ Reaktion

☐ Konditionierung

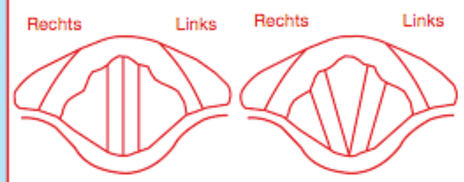
☐ eigene Angaben

Trommelfellbefund:

Rechts

Links

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)



Lupenlaryngoskopie: _____

	Rechts	Links
Lupenstroboskopie		
Amplitude		
Randkantenverschiebung		
Regularität	☐ Ja	☐ Nein
Kompletter Glottisschluss	☐ Ja	☐ Nein

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 14 (7.2008)

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

☐ Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

☐ Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Begründung der Ablehnung: _____

Datum T T M M J J

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			

☐ Behandlungsabbruch am — Datum T T M M J J

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

☐ Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

☐ Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Freigabe 12.03.2008

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers