

# Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zuzahlungsbeitrag	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungsbeitrag	Name, Vorname des Versicherten geb. am _____		
Unfall/Unfallfolgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
		Vertragszahnarzt-Nr.	Datum
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges			
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen			
Hausbesuch		Therapiebericht	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

<p><b>Physiotherapie</b></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</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><u>Ergänzende Heilmittel:</u></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 oder Schlucktherapie</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>  <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> ---        1x 2x 3x</p> <p><b>Verordnungsmenge</b>  <input type="text"/></p> <p><i>ggf. ergänzendes Heilmittel/</i></p> <p><b>Anzahl pro Woche</b>  <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> ---        1x 2x 3x</p> <p><b>Verordnungsmenge</b>  <input type="text"/></p>
--	--	---	--

Indikatorschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele
ICD-10 - Code	
ICD-10 - Code	
Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)	

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes